

2ª edición

Sexoterapia integral

J. L. Álvarez-Cayou



Manual Moderno®

2ª edición

Sexoterapia integral

J. L. Álvarez-Gayou

Sexoterapia integral



EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar “pirata” o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S. A. de C.V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D.F.

Editorial El Manual Moderno (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-03/15
Bogotá, D.C.



Segunda edición

Sexoterapia integral

Dr. Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson
Fundador y Director General del
Instituto Mexicano de Sexología

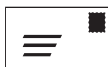
Editor Responsable:
Lic. Santiago Viveros Fuentes
Editorial El Manual Moderno



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno, (C)
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, C

**Nos interesa su opinión
comuníquese con nosotros:**



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.



(52-55)52-65-11-62



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com

Para mayor información en:

- Catálogo de producto
 - Novedades
 - Pruebas psicológicas en línea y más
- www.manualmoderno.com

Sexoterapia integral. Segunda edición

D.R. © 2011 por Editorial El Manual Moderno S.A.
de C.V.

ISBN: 978-607-448-066-5

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria
Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de
esta publicación puede ser reproducida, almacena-
da o transmitida por otro medio —electrónico, me-
cánico, fotocopador, etcétera— sin permiso previo
por escrito de la Editorial.



Manual Moderno®

es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Álvarez-Gayou Jurgenson, Juan Luis
Sexoterapia integral / Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson.
-- 2a ed. -- México : Editorial El Manual Moderno, 2011.
xiv, 334 p. : il. ; 23 cm.
Incluye índice
ISBN 978-607-448-066-5

1. Trastornos sexuales – Tratamiento. 2. Trastornos
sexuales – Diagnóstico. 3. Trastornos psicosexuales. I. t.

616.8583-scdd20

Biblioteca Nacional de México

Director editorial:
Dr. Marco Antonio Tovar Sosa

Editora asociada:
LCC Tania Uriza Gómez

Diseño de portada:
LDG Jonnathan Valero Reynoso

Imagen de portada:
© Yuri Arcurs - www.photaki.es

Prefacio

Sexoterapia Integral es un libro que logró algo muy satisfactorio para mí: algunos años después de editado, en viajes a países hermanos, empecé a recibir por parte de profesionales de otras latitudes el trato de “maestro” dado que consideraban que el haber estudiado en ese texto les había enseñado aspectos básicos de la sexualidad.

Siempre estaré agradecido con El Manual Moderno que creyó en esta obra en una época en que prácticamente no se hablaba de sexualidad, ni siquiera en los ámbitos profesionales.

Cerca de 25 años han transcurrido desde la primera edición y al revisarla, con el ánimo de generar esta segunda edición, surgieron varias reflexiones.

Por un lado, ver cómo muchos de los conceptos psicoterapéuticos siguen permaneciendo vigentes y acordes a la formación y convicción de muchos terapeutas. Por otro, la existencia de un vasto desarrollo en relación al conocimiento de la fisiología sexual, sobre todo masculina, en función de los fármacos que denominé erectógenos. Es una lástima que no sea mayor el desarrollo de la fisiología sexual femenina, aunque parecen estarse dando algunos intentos de incursionar en ello.

Fue muy satisfactorio percatarme de un importante número de investigaciones realizadas por nosotros en estos años, mismas que nos permiten hablar de un conocimiento mayor de aspectos de la sexualidad en México. Ojalá se dieran pasos similares en países hermanos de nuestra América Latina.

En esta edición se conjugan, a mi modo de ver, tres cosas que la enriquecen: las nuevas aportaciones y estudios actuales, las investigaciones realizadas en la realidad de nuestro país y lo clásico que, por extraño que pudiera parecer, sigue siendo vigente hoy en día.

Es mi ferviente deseo que esta nueva edición de Sexoterapia Integral aporte las herramientas básicas para una mejor atención de personas que sufren por algún aspecto de su sexualidad y que sea la vía para interesar a muchos profesionales en formarse profesionalmente en este extraordinario campo de la Sexología Clínica.

Gracias por creer en mí y mis mejores deseos para todas las personas que tengan en sus manos esta obra.

Dr. Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson

Contenido

Prefacio	V
Sección I Introducción	1
1 Introducción	3
Sexo	3
Sexología	5
2 Salud sexual	13
3 Homosexualidad, bisexualidad, heterosexualidad	19
Aspectos generales	19
Teorías sobre el origen de la homosexualidad	23
Teoría del origen genético	23
Teoría del origen hormonal	24
Teorías psicosociales	24
Estudios sobre comportamiento sexual en homosexuales	25
Bisexualidad	27
Estudios respecto a la bisexualidad	28
Heterosexualidad	30
4 Expresiones comportamentales	31
Aspectos generales	31
Fetichismo	34

Exhibicionismo	35
Gerontofilia	36
Masoquismo	36
Necrofilia	37
Paidofilia	38
Sadismo	39
Escoptofilia (voyeurismo)	40
Zoofilia	40
Urofilia y coprofilia	41
Fobofilia	41
Grafofilia	42
Tribofilia (frotismo)	42
Polirrelación	43
Intercambio de pareja	43
Relación a primera vista (sin conocimiento de la otra persona)	46
Travestismo	46
Rinofilia	47
Expresiograma	48
5 Respuesta sexual y sus disfunciones	53
Aspectos generales	53
Excitación	56
Pene	56
Mecanismos de acción de los productos erectógenos	57
Meseta	58
Orgasmo	59
Resolución	62
Fase refractaria	62
Clasificación de las disfunciones sexuales	63
Prevalencia de las disfunciones	66
Sección II Etiología	69
6 Causas de las disfunciones sexuales	71
Aspectos generales	71
Causas biológicas	72
Causas naturales	72
Sexualidad en la vejez	72
Sexualidad durante el embarazo	73
Causas patológicas	73

Introgénia y sexualidad	76
Fármacos, drogas y sexualidad	76
Cirugía y sexualidad	79
7 Causas psicológicas	81
Carácter de la personalidad como causa de las disfunciones	81
Receptiva	83
Exploradora	84
Acumulativa	85
Mercantil	86
Mecanismos de defensa en las causas de las disfunciones	88
Represión	88
Racionalización	88
Sublimación	89
Proyección	89
Identificación	90
Formación reactiva	90
Regresión	91
Conversión	91
Compensación	91
Pensamiento mágico	91
Resistencia	91
Ansiedad como causa de disfunciones	92
Reacciones psicológicas ante la cirugía y la enfermedad	97
Padecimientos psiquiátricos	97
8 Causas sociales y educativas	99
Aspectos generales	99
Educación	99
Economía	101
Experiencias sexuales negativas	102
Procesos de aprendizaje	103
Factores familiares	104
Vejez	105
9 Causas originadas por problemas en la pareja	107
Reglas de comunicación	113
Sección III Diagnóstico	117
10 Diagnóstico de las disfunciones sexuales	119
Aspectos generales	119

I. Área medicoquirúrgica	120
Historia clínica médica	120
Antecedentes heredofamiliares	121
Antecedentes personales no patológicos	121
Antecedentes personales patológicos	123
Padecimiento actual	123
Interrogatorio por aparatos y sistemas	123
Inspección general	127
Exploración física	127
Estudios de laboratorio y gabinete	128
II. Área psíquica	129
Antecedentes psíquicos o biográficos	130
Pruebas psicológicas individuales	134
Pruebas sexológicas específicas	135
III. Área sexológica	138
Requerimientos	138
Historia clínica sexual	140
IV. Área de la pareja	148
Antecedentes de la dinámica de la pareja	148
11 Fases previas al proceso terapéutico	149
Aspectos generales	151
Determinación de las metas terapéuticas	151
Nivel individual	151
Nivel de la pareja	153
Selección de las estrategias terapéuticas	155
Planeación de la estrategia	156
Problema-meta	156
Evaluación de la factibilidad terapéutica	157
Sección IV Tratamiento	161
12 Métodos terapéuticos	163
Aspectos generales	163
Formatos terapéuticos	164
13 Educación en el proceso terapéutico	167
Aspectos generales	167
14 Técnicas y procedimientos conductuales	173
Aspectos generales	173
Desensibilización sistemática	174
Desensibilización en vivo	176

Saturación o <i>flooding</i>	176
Entrenamiento asertivo	177
Condicionamiento operante	177
Condicionamiento clásico	178
Fantasías	178
Hipnosis	179
Biorretroalimentación (<i>biofeedback</i>)	179
Ejercicios musculares vaginales	179
Expresiones gráficas de la sexualidad	180
Experiencias sexuales estructuradas	180
Caricias y reconocimiento corporal	181
Caricias y reconocimiento de órganos sexuales	183
Experiencias que influyen sobre la fase de meseta	185
Experiencias que influyen en la fase de orgasmo	187
15 Técnicas psicoterapéuticas	191
Modelo psicoanalítico	192
Carl Jung	193
Otto Rank	193
Alfred Adler	194
Karen Horney	194
Erich Fromm	195
Harry Stack Sullivan	195
Modelo humanístico-existencial	197
Autoconocimiento	198
Libertad y responsabilidad	199
Necesidad de individualidad y de otros	199
Búsqueda de un significado	200
La ansiedad como inherente a la vida	200
Consciencia de la muerte y del no ser	201
La lucha por la autorrealización	201
Terapia centrada en el consultante	202
Terapia Gestalt	204
Diálogo	205
La ronda	206
Tengo un secreto	206
Inversión	206
Exageración	206
Quedarse con el sentimiento	207
Sueños	207
Terapia racional emotiva	207
Análisis transaccional	208

Modelo de terapia cognitivo-conductual	211
16 Terapia en problemas de pareja	215
Modelo de pareja monogámico exclusivo	226
17 Terapéutica médica y quirúrgica	227
Aspectos generales	227
Terapéutica médica	227
Terapéutica quirúrgica	230
Infarto del miocardio y sexualidad.	231
Orientación sexual al paciente posinfarto	232
Diabetes mellitus y función sexual.	233
Transexualidad	234
Travestismo	236
Transgénero	238
Transexualidad	239
18 Ejercicio profesional en la terapia sexual	241
Aspectos generales	241
Resultados de la sexoterapia	241
Fases para la atención de la salud sexual.	243
Esquema de atención para el no especialista	245
Niveles de ejercicio profesional.	246
Sección V Casos clínicos	249
Caso 1	251
Caso 2	253
Caso 3	256
Caso 4	258
Caso 5	260
Caso 6	263
Caso 7	269
Caso 8	271
Caso 9	278
Caso 10	282
Caso 11	287
Caso 12	289
Caso 13	294
Caso 14	299
Caso 15	303
Caso 16	305
Caso 17	309

Caso 18	312
Caso 19	314
Referencias	317
Lecturas recomendadas	325
Índice	327

Sección I

Introducción

1

Introducción

La sexualidad es un aspecto inherente al ser humano. Para algunos es una fuente de placer y de aceptación; para otros, la mayoría, representa problemas y conflictos de diversa índole. Casi todos los seres humanos viven y actúan sin un conocimiento real de su sexualidad y la de los demás, lo que conlleva a una disfunción en la vida individual y social.

La sexualidad recibe influencia desde el periodo prenatal. El sexo y el medio social condicionan la educación, costumbres y expectativas de vida; mismas que se reproducen en la vida social, laboral y familiar. Otros aspectos determinantes son las publicaciones erótico-sexuales que se consideran de divulgación científica, y que refuerzan los grandes mitos y tabúes en torno a la sexualidad.

Después de siglos, surge la sexualidad no sólo como una expresión artística (más o menos prohibida), sino como rama científica. La sexología es multidisciplinaria por excelencia y su finalidad es el estudio, atención y solución de la problemática sexual del ser humano, la cual está orientada a propiciar el desarrollo más armónico y equilibrado de las diversas intervenciones del individuo como ente social.

La sexología, al igual que muchas disciplinas, requiere definiciones básicas que sirvan como marco teórico fundamental.

Sexo

Es la serie de características físicas determinadas por vía genética, las cuales colocan a los sujetos de una especie en algún punto del continuo que tiene como extremo a los individuos reproductivamente complementarios (figura 1-1).

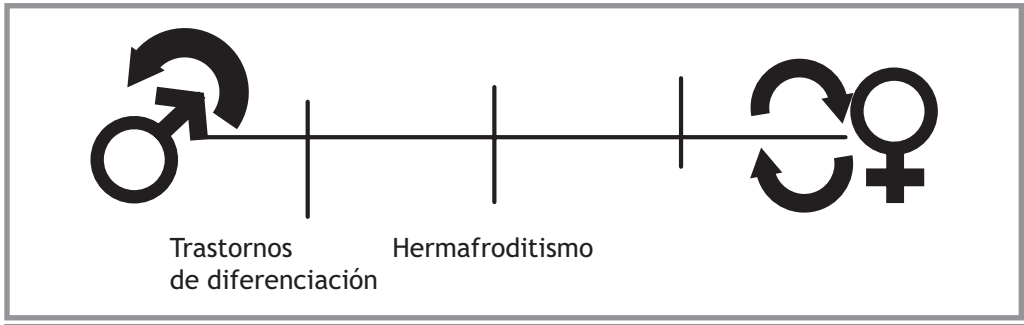


Figura 1-1. Continuo del sexo.

El hombre no nace siendo reproductivamente complementario. Su ciclo de reproducción inicia, en algunos, durante la pubertad; las mujeres al dejar de producir óvulos a partir de la menopausia, pierden su capacidad reproductiva.

El sexo está constituido por siete elementos o dimensiones:

1. Cromosómico.
2. Gonadal.
3. Génico.
4. Hormonal.
5. Órganos sexuales pélvicos internos (OSPIS).
6. Órganos sexuales pélvicos externos (OSPES).
7. Sexo cerebral (dimorfismo sexual).

La fórmula cromosómica de un nuevo ser estará determinada por el cromosoma X o Y que tenga el espermatozoide que fecunda al óvulo, el cual siempre tiene un cromosoma X.

Esta fórmula induce la diferenciación de las gónadas, los testículos y los ovarios, que son los órganos que producen las hormonas sexuales.

La dimensión génica se refiere a las enzimas que deben producirse para que se diferencien de manera adecuada los órganos sexuales pélvicos internos y los externos, entre ellas: la proteína citosólica nuclear receptora de andrógenos, indispensable para que se desarrollen los conductos de Wolff que dan origen a los órganos sexuales masculinos; la 5- α -reductasa, que convierte la testosterona en dihidrotestosterona, indispensable para la diferenciación masculina de los órganos sexuales pélvicos externos.

Es importante señalar que el camino “natural” de la diferenciación sexual embrionaria es femenino, y lo que requiere siempre inductores y/o enzimas es la diferenciación masculina.

De ello deriva el que se pueda decir que los varones son, por lo menos desde la perspectiva embrionaria, “mujeres modificadas”.

Otro aspecto interesante es que con facilidad se dice que una persona u otra son de determinado sexo, cuando es difícil conocer las siete dimensiones del mismo. Sin embargo, lo que sí se define es el género de las personas.

Se denomina **sexo de asignación** al que se le da al individuo cuando nace, por lo general, en función del aspecto de sus órganos sexuales externos. En algunos casos se considera que éstos no coinciden con el sexo genético o bien ciertas alteraciones genéticas u hormonales modifican el aspecto de los mismos.

El género es una categoría social con introyectos psicológicos. Se refiere a un *status* logrado, que es una función de la socialización y que tiene componentes sociales, culturales y psicológicos. Como resultado de experiencias directas e indirectas, aprendizajes formales e informales, se crean imágenes, concepciones, percepciones de la masculinidad y la feminidad.

Identidad de género es la identificación psicológica que va desarrollando el niño con uno u otro sexo, el sentir psicológico íntimo de ser hombre o mujer. Investigaciones recientes indican que dicha identidad está determinada alrededor de los 12 meses de edad.

Rol o papel de género es el comportamiento que los individuos adoptan por los requerimientos sociales en función de su sexo; por ejemplo, la forma de vestir, corte de pelo y expresiones, entre otros. Dicho rol varía de sociedad a sociedad y también puede cambiar en una misma sociedad, con el paso del tiempo. Es social y muchas veces introyectado, al grado que puede incluso creerse de manera errónea que es inherente a cada sexo y, muchas veces se estereotipa.

Estereotipos de género. Debemos reconocer que el sexo está importantemente socializado y que cada cultura designa a ciertas prácticas como apropiadas, inapropiadas, morales o inmorales, sanas o enfermas. Constantemente estamos construyendo límites que no tienen bases **naturales**. Sin embargo, continuamos viviendo la fantasía de que nuestra sexualidad es el aspecto más innato y natural del ser humano y que la conducta sexual entre hombres y mujeres está predestinada por la biología y, más aún, por los dictados de la **naturaleza humana** (Highwater, 1992).

Es decir, al estereotipar necesariamente limitamos, reducimos, generalizamos y, como dice Barragan (1996): “los estereotipos de género no sólo contraponen lo masculino a lo femenino, sino que impiden el desarrollo de la diversidad en el propio concepto de masculinidad y femineidad.”

Cuando se reúnen los conceptos anteriores, se integran al concepto básico de sexualidad (figura 1-2). Esto es, al hablar de sexualidad se integran en este concepto los aspectos biológicos (sexo), psicológicos (identidad de género) y sociales (sexo de asignación, rol de género), lo que implica una dimensión más amplia que la simple concepción reduccionista del sexo como biología y coito.

Sexología

Considerando la sexología como la ciencia que estudia la sexualidad, en ésta participan gran número de disciplinas y especialidades médicas, humanísticas y no médicas. Es así como se conceptualiza el vasto campo de la sexología al unir los aspectos sexuales que cada una de estas ramas del conocimiento trata desde su enfoque particular (figura 1-3).

En cambio, para el ejercicio de la sexología, ésta es eminentemente multidisciplinaria dado el enriquecimiento que brindan diferentes visiones profesionales para un ejercicio de excelencia.

A la luz de lo expuesto, es evidente lo amplio, complejo y, por ende, multidisciplinario de la sexología.

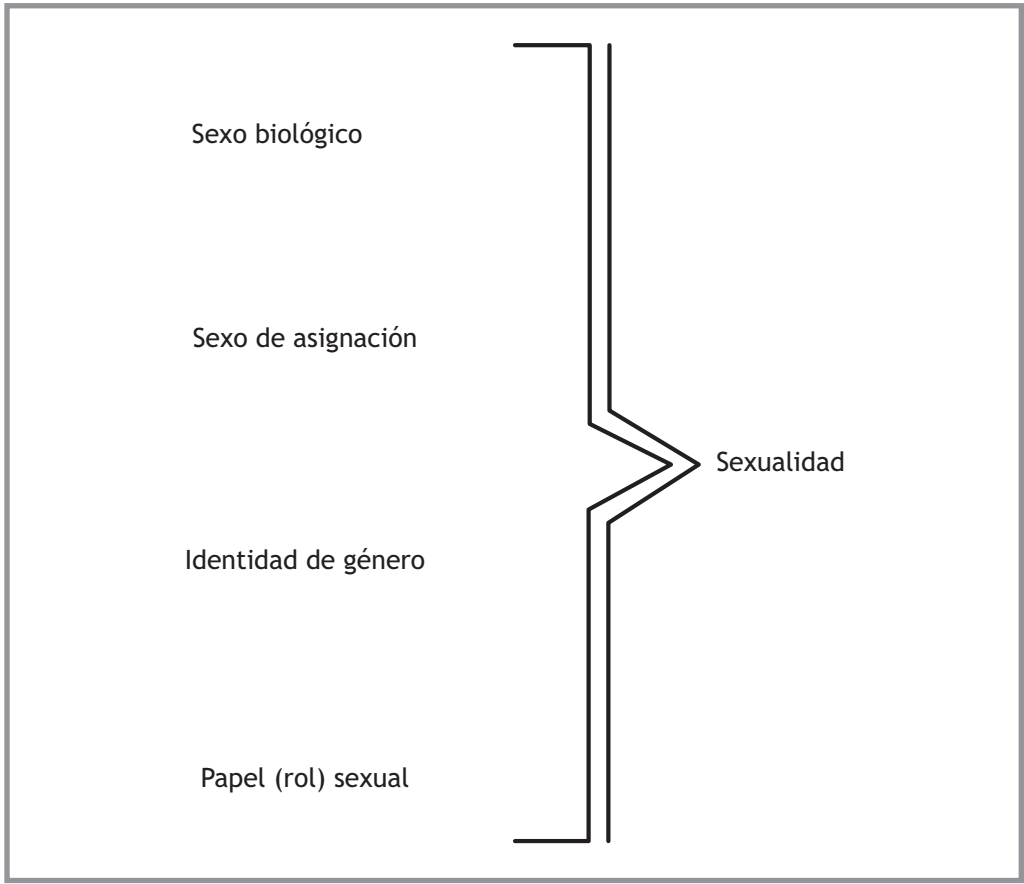


Figura 1-2. Componentes del concepto de sexualidad.

¿Se justifica, para el estudio de la sexualidad, la existencia tanto de una disciplina como del especialista mismo?

El nacimiento de nuevas disciplinas y especialidades surge en el campo de la ciencia, en función de la complejidad del tema y del mayor tiempo requerido para su estudio y actualización. Algunos ejemplos son los que presenta Arthur Jores (1968) respecto a la medicina: a fines de la década de los ochenta, sólo en Alemania existían 328 revistas médico-científicas que, en conjunto, se extendían a 66 ramas de la medicina. Para una especialidad relativamente reducida, como la oftalmología, había en esa época seis revistas en lengua alemana. Con respecto a la tuberculosis, en 1964 aparecieron a nivel mundial 5 000 revistas médicas, con 220 000 artículos. Schaefer calcula que el tiempo necesario para mantenerse actualizado en las novedades que aparecen es de 60 a 80 h diarias, sólo en la rama de medicina interna.

A nivel mundial, se publican sobre sexología o ramas de la misma, con reconocimiento científico, infinidad de revistas en lengua inglesa; debe destacarse la *Revista Archivos*

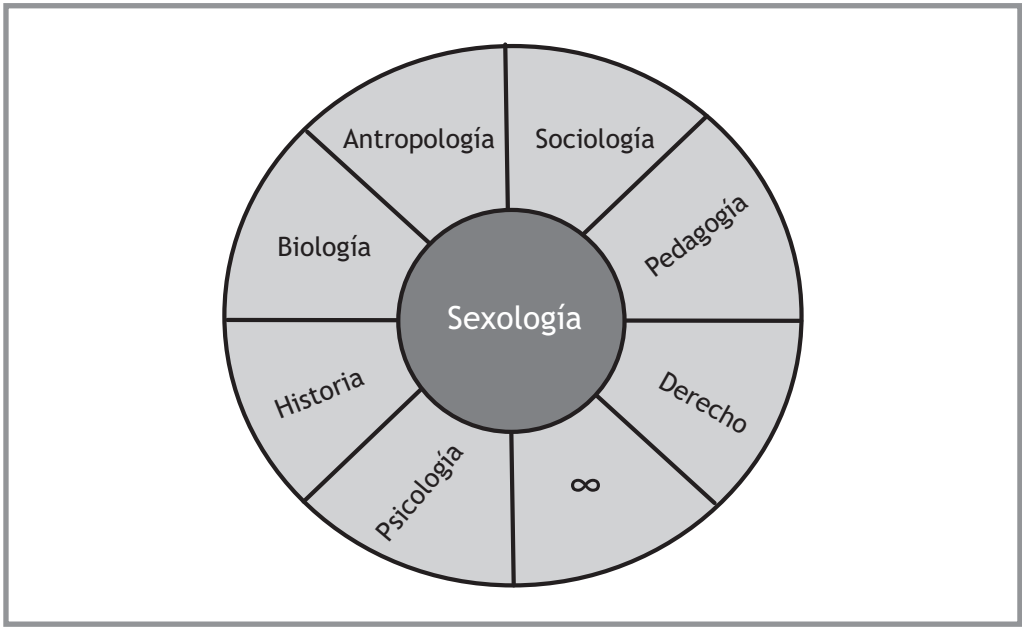


Figura 1-3. Diagrama conceptual de sexología.

Hispanoamericanos de Sexología, la cual publica sólo artículos de investigación, arbitrada e indexada en los principales bancos de datos. Esta revista que se edita dos veces al año, desde hace 15 años, cuenta con resúmenes en español, inglés, francés y portugués. Para conocer la gran producción científica sobre el tema, basta ingresar con un tópico sexual a cualquier banco de datos internacional y se obtendrá una enorme cantidad de investigaciones y publicaciones.

Hace más de dos décadas, cuando se editó la primera edición este libro, era necesario legitimar la disciplina. Hoy día, es deseable que hubiera mayor reconocimiento para los profesionales formados por parte de instituciones oficiales y muchos medios masivos; no obstante, se avanza poco a poco.

La sexología requiere profesionales dedicados a ella y, por ende, instituciones serias destinadas al estudio, docencia y atención de la sexualidad de las personas.

Han sido instituciones de este tipo las que dieron origen a los estudios pioneros de sexología en otros países. Así, surgen múltiples investigaciones sobre comportamiento sexual en diversos grupos sociales y étnicos; entre éstas las que desmitifican la homosexualidad. El *Masters & Johnson Institute* fue el marco que permitió la realización de las pesquisas más revolucionarias, que dieron luz científica respecto a la función sexual de hombres y mujeres.

Después, en esa misma institución, aparecieron y se efectuaron los trabajos que han permitido que millones de personas reciban ayuda terapéutica para solucionar problemas de disfunción sexual.

Hoy en día, hay institutos o departamentos de sexología en muchísimos países y abundan programas de formación, sobre todo de terapeutas y de educadores profesionales.

Cabe destacar que el Instituto Mexicano de Sexología es el único en el mundo que imparte seis posgrados en el área educativa, clínica y de la discapacidad.

En algunas sociedades, el sexo y la sexualidad aún son temas ocultos y reprimidos, a pesar de su presencia constante prevalecen mitos y tabúes en torno a ellos y los niños y niñas crecen sin información científica y objetiva sobre la sexualidad. Todo esto contrasta con lo que se sabe respecto a cualquier otro de los aparatos y sistemas del organismo.

Se crea así un punto ciego en lo que pretende ser una educación integral, tanto en la escuela como en el hogar. Resulta paradójico que se insista en una higiene dental o digestiva y no se considere una sexual. Por ejemplo, hace algunos años, se realizó una investigación a nivel nacional que incluía 15 000 padres de familia, en la que se reveló que 94% de estos padres quería se les impartiera educación sobre sexualidad a sus hijos e hijas en la escuela, y cuando se les mencionó que la impartirían profesores especializados, la aceptación aumentó a 98% (Álvarez-Gayou y Millán, 2004).

¿Cuáles son los conocimientos científicos que reciben los menores, los mitos que se transmiten y las necesidades de educación específica en países desarrollados emergentes?

Los métodos educativos adecuados tienen que ser investigados y desarrollados. Los maestros de primaria y secundaria, en el área rural y urbana, deben capacitarse. Diversas investigaciones en varios países –Lief (1975, 1976), Burnap y Golden (1967), Álvarez-Gayou (1977), y Bronstein (1978)– han demostrado que no sólo padres, madres, niños y maestros participan de mitos y tabúes respecto a la sexualidad, sino también profesionales del sector salud (médicos, psiquiatras, ginecoobstetras, urólogos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales) poseen información limitada sobre sexualidad basada fundamentalmente en prejuicios y actitudes valorativas

¿Por qué resulta importante que profesionales en las áreas de la salud y social tengan una formación básica en sexología?

En los jóvenes universitarios, las dudas, conflictos y problemas respecto a su sexualidad, además de tener consecuencias sobre su desempeño académico, afectan su salud mental, como lo muestran las evaluaciones de motivos de consulta a centros de salud mental y ayuda psicológica de diversas universidades tanto en México como en el extranjero (Pérez de Francisco, 1971).

Por otro lado, las disfunciones sexuales –eyaculación precoz (prematura), anorgasmia (incapacidad para lograr el orgasmo en la mujer y en el hombre)– por su frecuencia y consecuencias, como se expone más adelante, constituyen un problema en salud pública, en especial salud mental.

La excitación sexual se manifiesta con el fenómeno fisiológico de vasocongestión, es decir, acumulación de la sangre en la zona pélvica en mujeres y hombres; en las primeras produce lubricación y en los segundos erección. El orgasmo, a través de las contracciones musculares, permite que la congestión de sangre se libere y los tejidos vuelvan a su situación original.

¿Qué sucede si no sobreviene el orgasmo liberador de la congestión?

Un ejemplo típico de adolescentes varones es la congestión manifestada como dolor testicular después de una excitación sin orgasmo. En la mujer, la congestión permanece por igual, no presentándose manifestaciones inmediatas claras. Algunas mujeres anorgásmicas, durante 10 o 15 años, con una frecuencia de dos o cuatro veces por semana, sufren la misma situación una y otra vez. Éstas constituyen un número importante de la consulta

a ginecólogos, presentando molestias pélvicas o de espalda, vagas e imprecisas que por lo general se diagnostican como “neuróticas”, prescribiéndoseles tranquilizantes. Muchas terminan acudiendo a consultorios psiquiátricos por tener un problema psíquico grave como depresiones graves o psicóticas. Estas últimas no representarían una alta erogación para las instituciones públicas de salud si tan sólo hubieran podido tener orgasmos.

Muchas mujeres viven frustradas e irritables, y esto lo reflejan en la casa, familia y, sobre todo, en los hijos; la mayor parte de las veces sin saber porqué y manifestándose tan sólo como hastío y aburrimiento inexplicable. ¿Cuántas de estas personas se vuelven madres golpeadoras?

La anorgasmia se ha investigado en otros países y se informa en 7% de las mujeres norteamericanas (Hunt, 1974), 4% de las francesas (Simon, 1972) y 20% en japonesas (Asayama, 1975). En México, aún sin investigaciones integrales, se encuentran datos aislados que permiten inferir que en mujeres de nivel socioeconómico y escolaridad bajos es mayor a 80%. Un estudio realizado por Álvarez-Gayou y Millán (2006) en 1 200 mujeres de varios estados de la República Mexicana, reveló los siguientes datos en cuanto a la frecuencia de orgasmos:

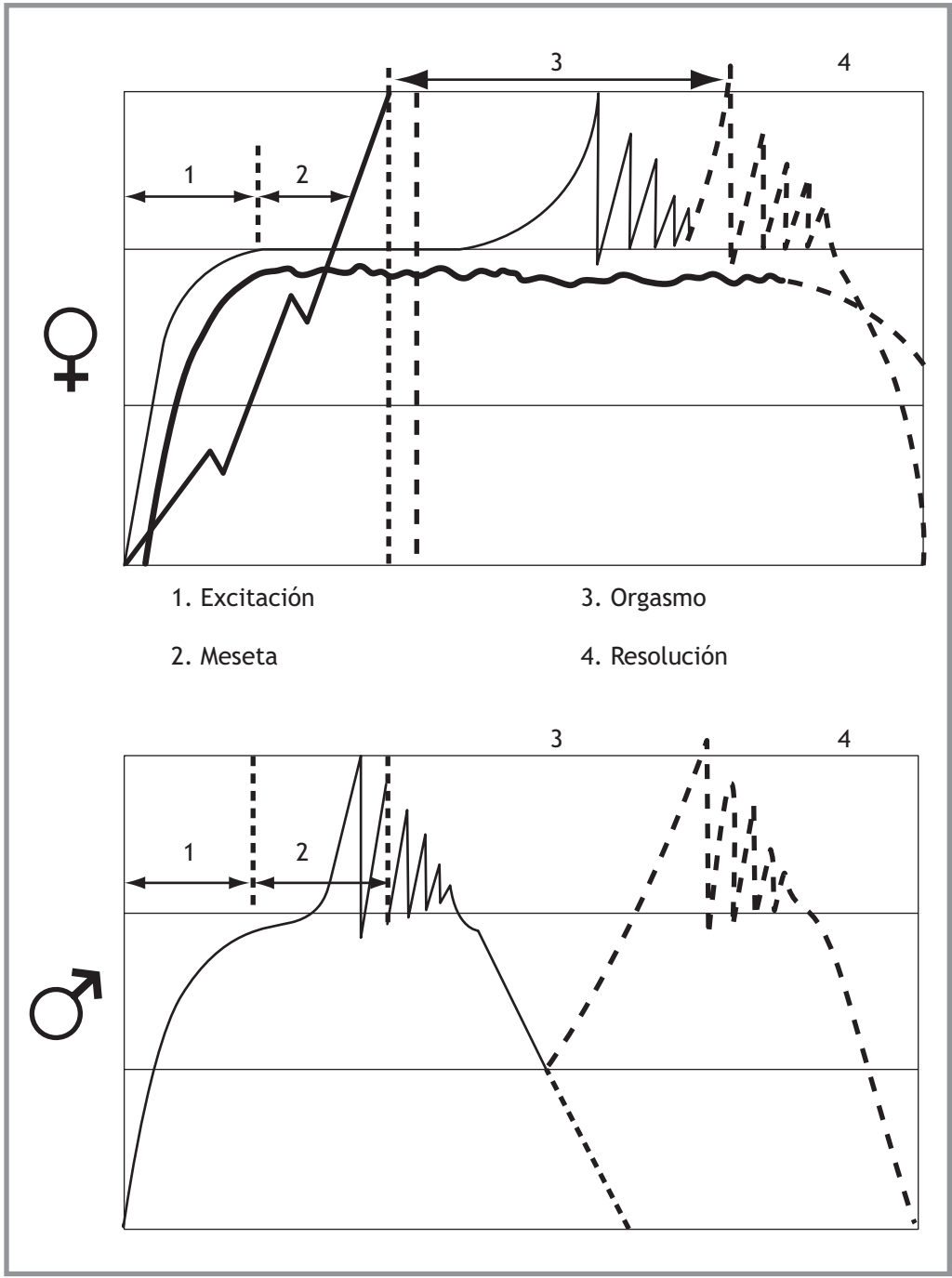
- 31.2% rara vez lo ha tenido.
- 5.12% nunca ha tenido un orgasmo en sus relaciones.
- 14.52% casi nunca tienen un orgasmo.
- 14.95% lo tiene la mitad de las veces.

Reflexión. Los padecimientos mentales se presentan en 1% de la población según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Con base en esto, se dispone de programas nacionales e internacionales de salud mental, departamentos en universidades y ministerios, y presupuestos para enfrentar estos problemas ¿Y para la anorgasmia y otras disfunciones se cuenta acaso con estos programas?

La eyaculación precoz es importante por varias razones: una es la diferencia aparente que existe entre la curva masculina y la femenina de respuesta sexual, en la que, por lo general, es de mayor duración hasta el orgasmo la de la mujer (figura 1-4). En la actualidad, esta diferencia es dependiente de factores educativos, más que de una cuestión constitucional del sexo.

Kinsey (1948) demostró que tres de cada cuatro hombres eyaculan antes de que transcurran 2 min. a partir de la penetración. Por otro lado, muchos hombres con una formación cultural machista, no saben que la mujer también debe tener orgasmos, o simplemente le restan importancia y consideran sólo su propia satisfacción. Sin duda, estos factores contribuyen a altos porcentajes de mujeres anorgásmicas. En el estudio de comportamiento antes citado, respecto al tiempo de la eyaculación en la población mexicana, los datos revelan lo siguiente:

- Eyacula antes de penetrar: 0.6%
- Eyacula inmediatamente al penetrar: 2%
- Después de penetrar, tarda entre 5 y 10 min. en eyacular: 38.3%
- Tarda entre 10 y 20 min. en eyacular: 31.3%
- Eyacula cuando lo desea sin importar el tiempo: 25.6%



1. Excitación

3. Orgasmo

2. Meseta

4. Resolución

La educación de la sexualidad a hombres y mujeres es útil para disminuir la frecuencia de estas disfunciones, por lo que deben formarse terapeutas capacitados como educadores que ayuden a resolver estos problemas.

Es indispensable dejar claro que es preferible la denominación **educación de la sexualidad**, por ser más inclusiva e integradora, que el simple uso de educación sexual, que muchas veces se limita sólo a lo biológico y no integra lo psicológico y social.

¿Cuáles son las consecuencias sociales de una deficiente educación sobre sexualidad?

La educación inadecuada sobre sexualidad tiende a perpetuar actitudes sociales que se reflejan en papeles rígidos y estereotipados en ambos sexos, como el machismo del hombre, y pasividad y sumisión en la mujer. Algunas consecuencias de esto son:

La muy difundida violencia de género en el seno de muchas familias, así como en distintos ámbitos sociales. Esto demostrado por un estudio realizado hace años por Álvarez-Gayou (2004), en el que quedó claro que los varones, al no poder expresar su sufrimiento mediante el llanto, lo hacen en formas vicarias como aislarse, siendo violentos y agresivos, y consumiendo alcohol.

En México, hay gran controversia respecto a la cantidad de abortos provocados. Es un hecho que, independientemente de que algunos consideren que sean más de un millón o menos de medio millón por año, son producto de anticoncepción fallida o falta de ella. Además, muchas veces originan complicaciones médicas, lo que, presupone por un lado, un incremento en el gasto para las instituciones oficiales de salud y más importante, la mortalidad materna. Sin duda, es un avance extraordinario la ley que garantiza el Derecho de las mujeres a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), aprobada en el 2009, en el Distrito Federal.

En nuestro país existe por un lado, gran cantidad de madres solteras, lo que aumenta día a día las familias monoparentales y por otro, está el síndrome del niño maltratado, muchas veces producto de hijos no deseados. Además, vale resaltar el hecho de la aprobación de la ley que permite a personas del mismo sexo o género contraer matrimonio legal aprobada en el 2010, también para el Distrito Federal.

Estos aspectos podrían remediarse en la medida en que los mexicanos y latinoamericanos reconozcan y acepten, mediante una educación adecuada de la sexualidad, que la actividad sexual no sólo está vinculada a la reproducción y que es una forma de obtención de placer, satisfacción, desarrollo personal para incrementar y mejorar las relaciones interpersonales.

La importancia de esto se ilustra en lo expresado por Falsam (citado por Gebhardt, 1979): "Un poco de matemáticas aplicadas al índice de natalidad y al informe Kinsey nos demostrará que en los matrimonios duraderos hay alrededor de un nacimiento por cada mil coitos". Uno puede preguntarse si los otros 999 son intentos fallidos de procreación o si tenían otros fines. Resultaría interesante analizar la información y aplicación que pueden tener estos estudios de comportamiento sexual, como los realizados por Kinsey (1948-1953), Hunt (1974) en EUA; Simon (1972) en Francia; Asayama (1975) en Japón; Schofield (1972) en Inglaterra; Karlsson (1964) en Suecia, y otros más.

Por ejemplo, al investigar el coito premarital y edad del primer coito, los estudios de otros países demostraron una tendencia al decremento de la edad de la primera relación sexual sobre todo en las mujeres. Al analizar estos datos con otras variables se encuentra, en relación a nivel educativo, que la frecuencia de relaciones sexuales premaritales está en

proporción inversa a la escolaridad. De dichos estudios se desprende que estos grupos de menos escolaridad tienen una incidencia siete veces mayor de coito premarital que grupos de mayor escolaridad. En México, sería valioso conocer estas tendencias y sobre todo, buscar la existencia de estas correlaciones en poblaciones urbanas, rurales, analfabetas y por regiones. Un estudio en 3 727 adolescentes mexicanas (Millán y Álvarez-Gayou, 2004) reveló que el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales para las mujeres fue de 15.48, mientras que para los hombres fue de 14.47.

El estudio de comportamiento revela, contrastándolo con el de adolescentes, un cambio generacional en cuanto a la edad a la que se tiene el primer coito.

La edad a la que se tuvo el primer coito fue antes de los 15 años en 9% y entre los 15 y los 20 años en 53.7% (ver cuadro 1-1).

Cuadro 1-1. Edades a las que se tuvo el primer coito			
	Antes de los 15 años	Entre 16 y 17 años	Entre 18 y 20 años
Varones	17.27%	33.98%	25.12%
Mujeres	3.2%	18.13%	32.65%

Por género (sig. 00 < .05).

La investigación en sexualidad ayuda a las sociedades a obtener mayor consciencia de sí misma para su evolución integral y hacen más coherente su propia imagen; sirven de apoyo a las acciones de quienes se preocupan por la salud, educación y bienestar de la sociedad, de modo que ya no se actúe sobre bases falsas, sino a partir del conocimiento de seres humanos provistos de una sexualidad: la llamada acción basada en evidencia científica.

Se desprende también la necesidad de mejor preparación en sexología para el profesional de la salud, y a ella se pretende contribuir con este libro.

2 Salud sexual

Abordar en un libro como el presente, el tema de la salud sexual implica la necesidad de ciertos análisis y cuestionamientos previos.

En un tiempo, el concepto de salud se consideró como la ausencia de enfermedad, para después evolucionar hacia el concepto actual, es decir el completo estado de bienestar físico, psicológico y social. Sin embargo, en relación con la sexualidad es importante hablar un poco sobre la enfermedad y en particular sobre los criterios que los profesionales de la salud utilizan para determinar su existencia.

En épocas pasadas, la enfermedad era considerada un acontecimiento maligno que afectaba a los seres humanos y casi siempre, producto de la acción de un dios o un espíritu nocivo o malo. Conforme evolucionaron los conocimientos biológicos y médicos, se han aclarado conceptos, analogías, hasta la comprensión fisiológica de los padecimientos. Este hecho conlleva al diseño de técnicas y aparatos para la medición de constantes fisiológicas como: frecuencias cardíaca y respiratoria, temperatura y muchas otras.

En 1937, Descartes propone un sistema gráfico para la presentación de dos eventos y su relación. Después Gauss y Laplace elaboran, con base en la ecuación cartesiana, lo que se denomina curva de Gauss-Laplace o de distribución de frecuencias, que tiene forma de campana y en la que en el vértice se agrupan los fenómenos que suceden con mayor frecuencia, en tanto que en ambos lados se representa los menos frecuentes en una situación dada. Si se toma al azar un grupo de 1 000 mexicanos y se determinan en cada uno de ellos su estatura, se verá que una mayoría tendrá una estatura entre 1.65 y 1.75 m, unas cuantas estaturas menores o mayores a las anunciadas y, de manera excepcional, se encontrarán gigantes de más de 2.0 m o enanos menores de un metro.

El método de análisis de frecuencia fue adoptado con rapidez para el estudio de fenómenos fisiológicos. A manera de ejemplo se tiene que: al existir un instrumento capaz de

medir la temperatura corporal, se observó que casi todos los seres humanos poseen una temperatura que fluctúa entre 36.5 y 37.2°C; el esfigmomanómetro permitió concluir que la mayoría tienen una presión arterial sistólica que varía entre 110 y 140 mmHg y una diastólica de entre 65 y 85 mmHg. En forma similar, se han detectado los valores fisiológicos constantes en la biometría hemática, química sanguínea, líquido cefalorraquídeo, y otros. Estas cifras se denominan valores normales, o sea que están dentro de la norma estadística de frecuencia. Como profesionales de la salud, al analizar estos datos en un paciente, si se encuentran normales son indicio de buen funcionamiento, es decir, salud. Cuando una o varias constantes fisiológicas rebasan o están por debajo de los valores normales, se convierten en indicativas de un mal funcionamiento debido a enfermedad. Sobra decir la importancia que las constantes fisiológicas tienen para el profesional de la salud, de allí que los términos normal y anormal formen parte del léxico que suele usar dicho profesional. Se establece así una sinonimia o ecuación verbal de igualdad, en la que lo normal es sinónimo de salud.

Por otro lado, el médico, sacerdote y maestro en cualquier comunidad ocupan una situación de liderazgo natural de opinión. Las constantes consultas, no sólo respecto a sufrimientos físicos, han hecho que a través de los años se haya permeado la utilización de la sinonimia: normal = salud, y anormal = enfermedad; convirtiéndose en expresiones diarias para las personas, aun las no vinculadas con el campo de la salud.

En forma paralela, se suscita una interesante ampliación de la ecuación verbal, la que se origina de la permanencia de mitos ancestrales respecto a la enfermedad.

Los primeros profesionales de la psicología y de la sexología fueron médicos que aportan un lenguaje útil para lo biológico, pero inútil para el comportamiento y lo vuelve valorativo.

Como se mencionó, la enfermedad se visualizaba como una maldición de alguna deidad o castigo a la maldad. De hecho, el lenguaje popular aún expresa la permanencia del mito; por ejemplo, cuando para referirse a una infección viral de vías respiratorias se dice que “nos atacó un resfriado”, o bien que a fulano “le dio un infarto” o “se le presentó cáncer”. En todas estas expresiones se trasluce la idea de un elemento externo sobre el que no se tiene control, y que por lo general es maligno. En ocasiones se encuentran paralelismos interesantes como el de atribuir al ajo virtudes que benefician la salud, las cuales comparten las propiedades que ancestralmente se decía alejaban a los malos espíritus, entre ellos, vampiros.

Por otro lado, la enfermedad siempre ha sido una calamidad y algo indeseable, en tanto que la salud deseable, benéfica y de gran valor.

La enfermedad es algo malo y la salud algo bueno. Haciendo un pequeño ejercicio de lógica vemos que:

Si normal = salud
y salud = bueno
∴ normal = bueno

por ende

Si anormal = enfermedad
y enfermedad = malo
∴ anormal = malo

Desde otra perspectiva y a nivel simplista, se considera que en el lenguaje existen términos o temas descriptivos, es decir, aquéllos que expresan una opinión o sentimiento particular. Siguiendo el análisis de los seis términos señalados, puede observarse que normal y anormal son temas descriptivos, que se refieren a lo que es más frecuente, se ajustan una norma o ley, son de aceptación o uso general. Los términos salud y enfermedad aunque parecen descriptivos, son valorativos; salud es el estado completo de bienestar físico, psicológico y social del individuo o grupo, y enfermedad indica alteración en cualquiera de los niveles. La definición es lo bastante clara para la universalización de los términos. Ahora bien, los términos bueno y malo adquieren otra dimensión porque su utilización implica juicios morales, personales y subjetivos. Los conceptos de lo que es bueno o malo varían en forma importante de una a otra cultura, grupo social y en ocasiones, de un individuo a otro. Sin duda, los dos últimos términos, a diferencia de los cuatro anteriores, no tienen carácter descriptivo y se vuelven sólo valorativos.

Una de las características de la ciencia, desde el paradigma cuantitativo, es la descripción objetiva de cualquier fenómeno, con lo que se garantiza la observación pura de un fenómeno, sin la intervención de los puntos de vista del investigador.

Así, términos que para el médico son objetivos, científicos y descriptivos, se convierten en sinónimos de valorativos e implican un juicio, con lo que se pierde en gran medida la objetividad científica que debe tener en mente el profesional de la salud. Sobra decir que esta objetividad de ningún modo implica falta de humanismo, al igual que la seriedad no es sinónimo de irritabilidad y falta de buen humor.

En otras palabras, cuando el profesional de la salud expresa como normal o anormal un fenómeno social o comportamiento humano, casi siempre emite un enunciado que implica un juicio de valor en favor o en contra de algo, que es o no de su agrado, que beneficia o perjudica al grupo social al que pertenece. Surgen así términos que desafortunadamente aún se usan en libros de alto nivel científico como perversiones, desviaciones, aberraciones y otros.

Estas denominaciones en materia de sexualidad son fáciles de comprender. Si se estudia en pasado y presente, se observa que la sexualidad y su ejercicio han sido considerados algo sucio pecaminoso y vergonzoso.

La sexualidad participa de tantos o más mitos y prejuicios como la enfermedad mental. Hubo una época en la que se consideraba que el enfermo mental era poseído del demonio, al que se tenía que apartar de la sociedad; en la actualidad, se apartan como “desviados” o “enfermos” a muchos cuya única “enfermedad” consiste en ser una minoría con preferencias sexuales diferentes a las de del grupo mayoritario.

Partiendo de lo anterior, el lector comenzará a preguntarse si este planteamiento se dirige hacia la negación del concepto de “enfermedad sexual”, o bien considerar que en materia de sexualidad todo es permisible sin restricción alguna.

Se aborda en primer lugar el segundo aspecto. Uno de los principales objetivos de la sexología moderna es el de formar una disciplina científica, es decir, objetiva, descriptiva y libre de prejuicios. Esta tarea resulta difícil si se considera que las actitudes que se desean dejar, siguen siendo hoy en día comunes en gran número de personas y profesionales de la salud.

Los estudios antropológicos sobre el comportamiento sexual en diversos pueblos como los de Malinowsky (1971), Mead (1973), Tullman (1971) y, de manera más reciente, los

de Gregersen (1983) o los realizados en diversos países como los de Kinsey (1948-1953) en EUA, Asayama (1975) en Japón, Simon (1972) en Francia, Schofield (1972) en Inglaterra, Klaussner (1976) en Israel y muchos otros, indican que:

- a) Dentro del grupo humano hay infinidad de costumbres y comportamientos sexuales; algunos que son comunes en ciertas sociedades, se rechazan en otras. Por ejemplo, en las sociedades occidentales, el beso es una institución, en tanto que en otras no se conoce o incluso se consideran actividades sucias o indeseables por ejemplo, las relaciones premaritales en Tahití o Suecia son de lo más natural; dichas actividades son un serio agravio y transgresión para muchos sectores de las sociedades iberoamericanas. Como estos ejemplos pueden citarse cientos.
- b) No hay comportamientos sexuales universales. Kinsey fue el primero en demostrar que dentro de un mismo grupo social, el comportamiento sexual es modificado y matizado por diversos factores como son: sexo, edad, religión, religiosidad, nivel educativo, estado civil y contexto cultural de desarrollo del individuo. A manera de ejemplo, se mencionan datos en relación al primer coito: en Inglaterra; Sochffield encuentra que 32% de los varones y 19% de las mujeres lo han tenido antes de los 15 años, y en Francia, el 27% de los varones y 18% de las mujeres. En cuanto a la edad, hay pruebas que confirman que los varones de mayor edad tienen más tendencia al trato con prostitutas y por el contrario, en los jóvenes, la frecuencia de masturbación es mayor, aunque ésta se observa en todos los grupos de edad. Se han señalado diferencias notorias en la frecuencia de masturbación según religiones y grados de religiosidad, como lo demostró Kinsey. Los investigadores han notificado datos similares respecto a la escolaridad; a este respecto la frecuencia de relaciones sexuales premaritales es menor a mayor escolaridad, y la frecuencia de masturbación está en relación directa con la escolaridad. Del mismo modo, Kinsey, Asayama, Simon y otros encontraron diferencias importantes en el comportamiento sexual de solteros y casados en cuanto a la edad del primer coito, frecuencia coital, anorgasmia y otros; también señalaron que estas actividades son más o menos frecuentes según el país del que proviene la muestra.
- c) Las actitudes de aceptación o rechazo de los comportamientos sexuales en un mismo grupo humano se modifican con el tiempo y los sucesos histórico-sociales. Quien hubiera visitado España hace treinta años y regresara a nuestros días, encontraría actitudes diferentes por completo en ambas épocas. Hace treinta años, en México y otros países era imposible mencionar en público el concepto de planificación familiar y mucho menos decir palabras como pene, vagina, masturbación, entre otros conceptos que ahora son comunes por lo menos en eventos especiales. En la actualidad, el aborto está legalizado en muchos países, obviamente nunca como anticonceptivo, pero sí como estrategia mínima de salud pública.

En México, hay una alta mortalidad femenina por abortos sépticos clandestinos. Cabe señalarse que sólo en el Distrito Federal está legalizada la práctica del aborto.

Ante estos hechos, si los profesionales de la salud desean servir en verdad a los consultantes, deberán adoptar una actitud no valorativa y científica en cuanto a sexualidad que

asegure la no imposición de sistemas de valores propios sobre los de ellos, dado que jamás se podrá establecer que las normas propias son las de máxima universalidad; de modo que la actitud ante la sexualidad y comportamientos sexuales de los consultantes debe ser de respeto.

Esto no significa la permisividad absoluta y total, ni la pérdida de los propios valores. Estos últimos deben permanecer intactos; pero, en la relación con los consultantes, el comprender empáticamente y aceptar en ellos cualquier comportamiento sexual es fundamental, siempre y cuando no dañe a otros, no vaya contra la voluntad de los participantes ni se aproveche del desconocimiento e inconsciencia de otros.

De esta forma, la participación como profesionales de la salud no será propiciar comportamientos como relaciones premaritales o extramaritales, pero tampoco restringir otros y convertirse en guardianes de la “virginidad” o “fidelidad”. Del mismo modo que el abuso sexual forzado a un niño o la violación son actos que nunca podrán justificarse, como el caso de un asesinato cometido por un epiléptico, deben entenderse en función de la fisiopatología de la enfermedad.

Al volver al tema de la enfermedad sexual, éste revierte necesariamente al concepto de salud sexual. En 1974, una reunión de expertos de la OMS declaró que los problemas de la sexualidad humana tienen más importancia y trascendencia para el bienestar de los individuos de muchas culturas, de lo que hasta esa fecha se había aceptado. En consecuencia, la OMS (1975) define a la salud sexual como: “La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor”. Asimismo, la OMS considera que se requieren tres elementos básicos para conseguir una buena salud sexual, a saber:

1. La posibilidad de disfrutar de una actividad sexual reproductiva, equilibrando una ética personal y social.
2. El ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos, ni falacias; en esencia, sin factores psicológicos ni sociales que interfieran con las relaciones sexuales.
3. El desempeño de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que la entorpezcan.

Con lo mencionado, es imposible negar que la salud sexual es parte integral del concepto de salud que habla del completo estado de bienestar físico, psicológico y social. Es indudable, para los profesionales de la salud que buscan el bienestar integral de sus consultantes, considerar la sexualidad de los mismos.

Hoy día, la educación sexual ha evolucionado, pero es necesario que los futuros profesionales de la salud o aquéllos que están ya en ejercicio tengan una formación adecuada en materia de sexualidad, pues de lo contrario habrá una gran limitación para responder a la demanda cada vez mayor de consultantes. Es aún más grave que los especialistas como urólogos, ginecobstetras y psiquiatras, en sus programas de residencia y especialidad, no incluyan una formación adecuada sobre el tema. Se menciona esto porque la sexología requiere algo más que simples conocimientos; es un área álgida, en la que resulta indispensable que la formación incida de modo importante sobre aspectos afectivos, es decir, sobre actitudes del educando ante la sexualidad propia y la de los demás.

Por lo anterior, las facultades y escuelas de ciencias de la salud deben preparar profesionales que atiendan de manera integral la salud individual o de la comunidad; esto mediante planes de estudio que incluyan cursos sobre sexualidad humana, que aborden los niveles cognitivo, operacional y afectivo. Esperamos y deseamos con optimismo que sea pronto.

3 Homosexualidad, bisexualidad, heterosexualidad

Aspectos generales

El tema de la homosexualidad, junto con la masturbación, ha sido motivo de múltiples escritos y especulaciones. Es indudable que ambas conductas se han presentado durante milenios desde la existencia del *homo sapiens*, sin embargo, la homosexualidad ha provocado diversas actitudes a través de la historia en distintos grupos sociales y culturales. En la cultura occidental de origen judeocristiana, la iglesia ha intentado suprimir esta expresión sexual al considerarla pecaminosa y merecedora de castigo. En algunos países, los legisladores la han juzgado como delito perseguible; éste no es el caso de México, pero los cuerpos policíacos la reprimen y persiguen con propósitos de extorsión, y los psiquiatras la han “etiquetado” como enfermedad mental, intentando curarla. En realidad, ninguna de estas acciones ha disminuido su prevalencecia; en cambio, sí ha infundido sentimientos de culpa, inadecuación y estigmatización en las personas que muestran esta preferencia sexual.

Desde 1973, la *American Psychiatric Association* suprimió de su Manual de Diagnóstico (DSM) a la homosexualidad y, poco tiempo después, la Organización Mundial de la Salud también la eliminó de su clasificación de enfermedades mentales.

Una definición operacional de homosexualidad es la de Marmor y Green (1978), quienes la describen como “una fuerte atracción preferencial hacia las personas del mismo sexo”. Otra es la que Álvarez-Gayou elaboró: “el gusto o la preferencia para relacionarse afectiva o eróticamente con personas del mismo sexo”.

Alfred Kinsey y colaboradores, después de entrevistar a 5 300 sujetos masculinos y 5 940 femeninos, propusieron la existencia de mujeres y varones en un continuo hete-

rossexual-homosexual, en el que todos los seres humanos se colocan en algún punto. Lo expresaron en una gráfica con siete columnas numeradas de cero a seis y cruzadas por una diagonal de uno a cinco (figura 3-1).

En esta gráfica, colocaron en la columna cero a los individuos exclusivamente heterosexuales, y en la seis a los homosexuales.

En la columna uno se ubicó a los heterosexuales que sólo habían tenido actividad homosexual incidental; en la dos, los heterosexuales cuya actividad era por igual hetero y homosexual, conocidos como bisexuales o ambisexuales; en la cuatro, homosexuales cuya actividad heterosexual fue incidental; y en las columnas cinco y seis, igual que la dos y la uno, respectivamente.

En cuanto a la prevalencia de la homosexualidad, Kinsey (1948) y colaboradores encontraron que 4% de los sujetos habían sido exclusivamente homosexuales a partir de la pubertad; 10% fueron predominantemente homosexuales durante tres años, por lo menos entre las edades de 16 a 55 años, y 37% tuvo por lo menos una actividad homosexual diri-

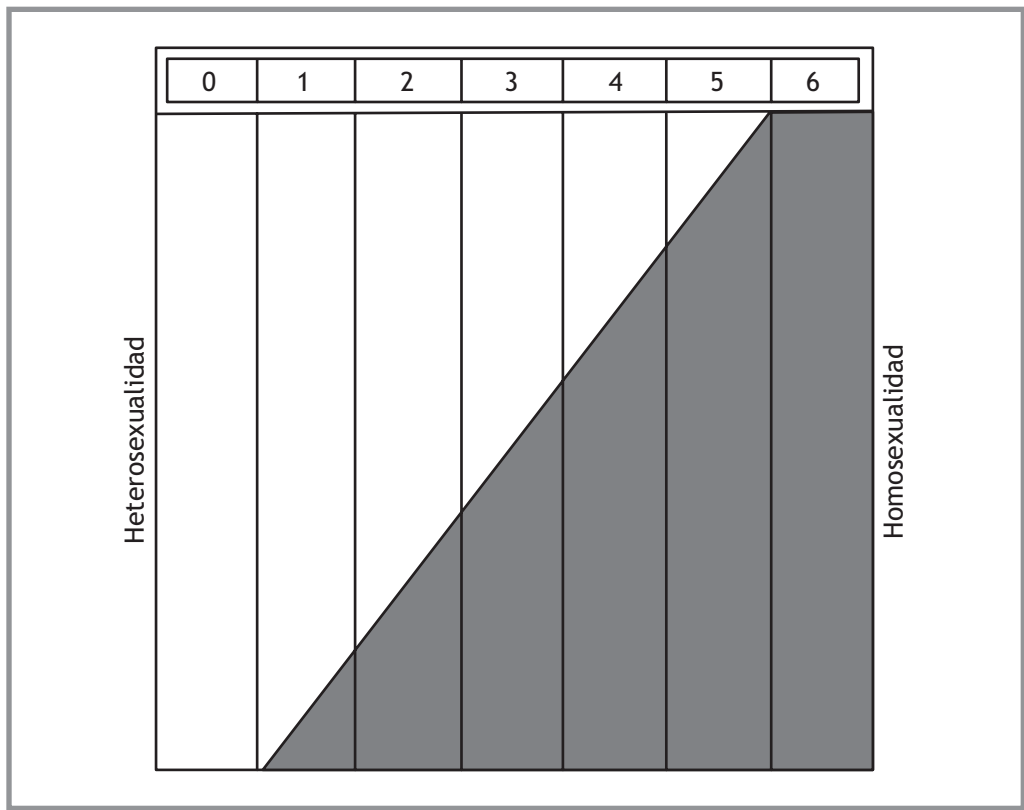


Figura 3-1. Continuo hetero, bi y homosexual de Kinsey. Reproducida con autorización de Kinsey, Pomeroy y Martin (1948). *Sexual Behavior in the human male*. Philadelphia: W.B. Saunders Company. Kinsey Institute.

gida a orgasmos después de la pubertad. En lo que respecta a las mujeres, Kinsey encontró homosexualidad sólo en 50% en relación a la masculina.

En 1972, Paul Gebhard, del *Kinsey Institute*, informó que en un estudio del *National Institute of Mental Health* (Instituto Nacional de la Salud Mental), se observó una prevalencia de homosexualidad femenina de 10 a 12%.

En fecha más reciente, los resultados de una investigación realizada por el Instituto Mexicano de Sexología en 2002 (Álvarez-Gayou y Millán) en 1 200 personas, mostraron que 13% de los varones y 8% de las mujeres señalaron sentir atracción sólo por personas de su mismo género, y 7.8% de los varones y 4.6% de las mujeres dijo sentir atracción por el otro sexo (aunque no siempre en la misma proporción para ambos géneros).

Lizárraga y Álvarez-Gayou, al analizar el estudio de la homosexualidad, propusieron modificaciones al cuadro del continuo de Kinsey (ver figura 3-2). La primera se refiere a no asignar números a cada grupo, para evitar la tendencia generalizada de valorar en forma numérica, y que el “0” se considerara el origen. Se sugirieron denominaciones descriptivas que sustituyeran al “0” por fundamentalmente heterosexual (FHT); el 1 por básicamente heterosexual (BHT); 2 por preferentemente heterosexual (PHT); 3 por bisexual (BI); 4 por preferentemente homosexual (PHM); 5 por básicamente homosexual (BHM), y 6 por fundamentalmente homosexual (FHM). Cada uno de estos niveles significa grados de atracción; de esta manera, un individuo fundamentalmente heterosexual no es capaz de reconocer belleza en personas de su propio sexo; el básicamente heterosexual reconoce elementos estéticos en individuos de su mismo sexo, sin que implique de manera necesaria búsqueda o realización de actividad erótica; el preferentemente heterosexual tiene más atracción por los de su mismo sexo, pero aún sigue siendo mayor por individuos del otro; el bisexual es el que presenta “no preferencia”, es decir, que la atracción es igual por uno u otro sexo. Las expresiones restantes de la gráfica de Kinsey modificada son análogas a las anteriores, excepto que la preferencia predominante es por individuos del mismo sexo.

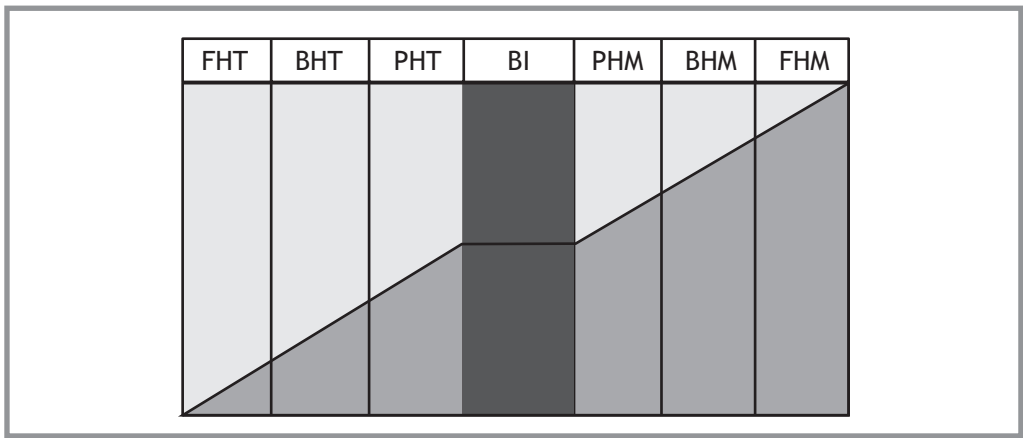


Figura 3-2. Modificaciones al cuadro del continuo de Kinsey por Álvarez-Gayou. Modificada con autorización de Kinsey, Pomeroy y Martin (1948). *Sexual Behavior in the human male*. Philadelphia: W.B. Saunders Company. Kinsey Institute.

La segunda modificación consiste en colocar el conjunto desde los extremos reales, con base en que aun las expresiones fundamentalmente heterosexual y homosexual tienen una potencialidad, aunque mínima, de expresión del otro extremo, sin la cual serían imposibles las relaciones y expresiones afectuosas entre individuos del mismo sexo, en fundamentalmente homosexual.

El tercer cambio consiste en introducir colores en los siete niveles (figura 3-3), lo que simplifica en tres formas la manifestación de la expresividad sexual heterosexual y homosexual en cada individuo; así, se muestra en gris al practicante abierto, es decir, individuos que alguna vez han tenido una experiencia erótica de acuerdo al caso. El otro caso es el Onírico-fantaseoso (en negro), en el cual se ha fantaseado o soñado con una u otra expresividad sin llevarla a cabo, o bien que la persona se encuentra en una etapa de su vida en la que se enfrenta a su propia sexualidad y duda de sus posibilidades de respuesta, sin práctica de esa expresión sexual o con una reducida experiencia; por último, en blanco se ubica al no practicante de una, de otra o ambas expresiones.

En esta versión del modelo conceptual (no clínico), desarrollada por el autor, quedan establecidas 73 posiciones de expresión heterosexual y homosexual en un continuo que tiene como extremos a individuos fundamentalmente heterosexuales y homosexuales, que son o no practicantes de su potencialidad sexual o quedan en el centro del continuo (que a juicio del autor podría considerarse el origen) como el individuo con potencialidad bisexual, no practicante de su homosexualidad ni de su heterosexualidad; es decir, el punto donde todos nos encontramos al nacer, como lo planteó Freud. (Ver modelo de la preferencia de género, figura 3-3.)

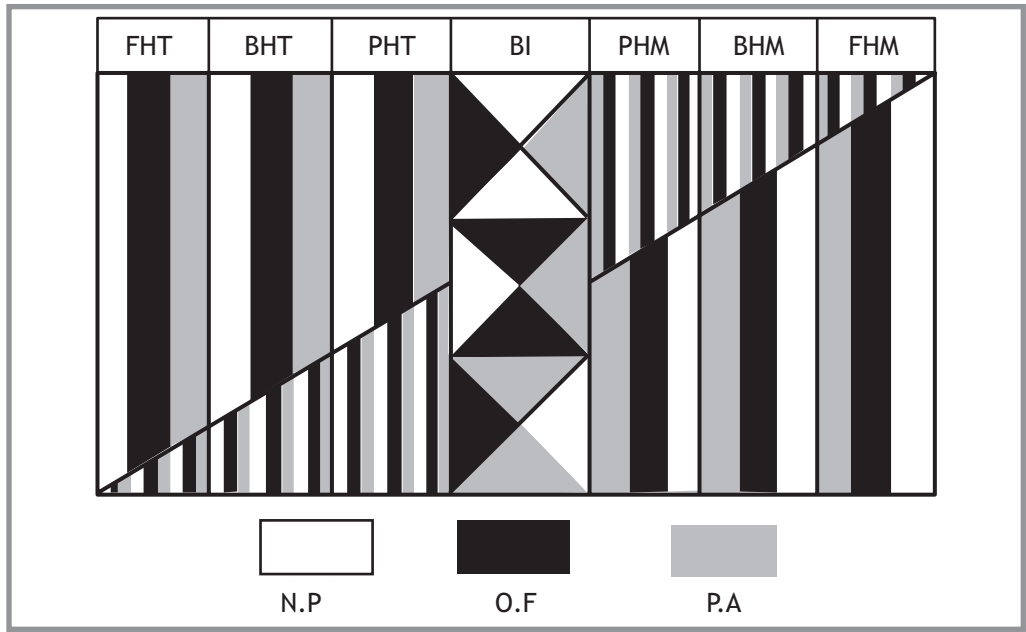


Figura 3-3. Modelo de la preferencia de género de Álvarez-Gayou.

Teorías sobre el origen de la homosexualidad

Tomando como punto de partida la opinión que consideraba a la homosexualidad como enfermedad, desviación o perversión, se observa que se han postulado diversas teorías sobre su origen, las que se analizan a continuación.

Teoría del origen genético

En 1952, Kallman publicó un artículo en el que señaló 100% de concordancia para la homosexualidad en un estudio de gemelos monocigóticos varones. Después, Ranier *et al.* (1960), Kolb (1955) y Davison y *et al.* (1971) comunicaron series de gemelos monocigóticos discordantes para la homosexualidad, con lo que el informe de Kallman se invalidó.

Sin embargo, en 1993, Hamer *et al.* publicaron un estudio realizado desde una perspectiva genética. Expresado en forma sucinta y sin tecnicismos, los autores encontraron, en primer término, que en las familias de varones homosexuales había un mayor número de parientes que también eran homosexuales, por el lado de la línea materna. Esto motivó a los autores a buscar series de hermanos en que ambos fueran homosexuales y realizar en ellos estudios de características genéticas a nivel del cromosoma X (que es lo que los especialistas conocen como un factor hereditario ligado al sexo). El resultado de la investigación en una serie de hermanos homosexuales fue que en 64% de los casos había marcadores coincidentes de DNA, lo que llevó a postular la probable existencia de “un gen de la homosexualidad masculina”, que se encontraría en la región Xq28 del cromosoma X. Sin embargo, aunque son fuertemente indicativos, estos estudios no son absolutos por no haberse encontrado en 100% de los casos.

Por otro lado, Turner (1995) publica un estudio en el que analizando a 133 familias de homosexuales masculinos y femeninos se ratificó la misma mayor presencia de homosexualidad en parientes por el lado materno en el caso de los varones homosexuales, pero no así en las mujeres homosexuales. También postula la posibilidad de que el gen de la homosexualidad pueda estar localizado en una región pseudoautosómica de los cromosomas X y Y: Xq28 y Yq11.

De nuevo, en el 2006, Hamer *et al.* estudian el cromosoma X y encuentran que las madres de varones homosexuales (13 de un total de 97) tienden a realizar mayor inactivación extrema del cromosoma X que las madres de varones heterosexuales (4 de un total de 103), y en las madres de dos o más hijos homosexuales, la proporción aumenta (10 de 44). Para comprender el proceso de inactivación, es necesario recordar que en los mamíferos, las hembras inactivan uno de los dos cromosomas X (uno lo heredan del padre y el otro de la madre) para no poseer el doble de información genética que los machos (los cuales sólo poseen un cromosoma X). En los seres humanos de sexo femenino, la inactivación del cromosoma X paterno o materno se realiza al azar en cada célula, pero se espera que sea balanceada (es decir, que exista más o menos la misma proporción de inactivación del cromosoma X paterno y materno). Sin embargo, algunas mujeres tienden a inactivar uno de los cromosomas en mucho mayor proporción que el otro (mayor o igual a 90%, según Racchi *et al.* (1998), y a esto se le conoce como inactivación extrema del cromosoma X.

Teoría del origen hormonal

Algunos estudios en animales indican que la administración de hormonas o modificaciones de sus cifras pueden producir variaciones en la conducta sexual adulta, posibilitándose extrapolarse a una conducta homosexual.

Estudios en seres humanos han dado resultados dignos de mención. En homosexuales se han encontrado alteraciones en la excreción urinaria de metabolitos hormonales. En otros estudios, se observan cambios en la concentración de lípidos séricos. En cuanto a la hormona luteinizante y el estradiol, hay autores que los han encontrado con cifras altas en grupos de homosexuales masculinos. Respecto a la testosterona plasmática, se encontró que no hay diferencia entre heterosexuales y homosexuales, pero sí un aumento de gonadotropinas circulantes en los homosexuales.

Margolese (1970 y 1971) publica resultados referentes a homosexuales que excretaron menos testosterona urinaria; Kolodny y Masters (1973) refieren que hay cifras de testosterona circulante más bajas en jóvenes que son exclusivamente homosexuales; otros estudios, como el de Birk y Friedman (1974), no demuestran diferencias en las concentraciones circulantes, y otros más las confirman (Starka *et al.*, 1985).

En resumen, los resultados son múltiples, a veces contradictorios y no concluyentes hasta la fecha. Esto puede deberse, como dicen Masters y Johnson (1979) en su estudio sobre homosexualidad, a tres causas fundamentales: en primer lugar, a problemas y limitaciones en las diferentes metodologías de los estudios; en segundo, al error de considerar a la homosexualidad como un fenómeno unitario, del mismo modo que tampoco es unitaria la heterosexualidad, y en tercero, a la imposibilidad de descubrir más sobre la homosexualidad hasta que se conozca más sobre los orígenes de la heterosexualidad, al igual que sólo se conocerá con exactitud la fisiopatología digestiva en la medida que se conozca o fisiología normal.

Es un hecho que los varones homosexuales son en general, varones con todas sus características, y a quienes les gustan los varones y las mujeres lesbianas, son mujeres con todas sus características y que les gustan las mujeres.

El pensar que los varones tienen pocas hormonas masculinas o exceso de femeninas, deriva de un sofisma que va en este sentido:

“Si a los varones les gustan las mujeres, las mujeres a las que les gustan otras mujeres tienen que tener algo de varones, y si a las mujeres les gustan los hombres, un hombre que le gusten otros hombres debe tener algo de mujer”

Nada más falso que esto. Es una visión maniqueísta emanada desde la exclusividad heterosexual.

Teorías psicosociales

Freud en su teoría psicoanalítica considera una bisexualidad innata, que explica las tendencias latentes hacia la homosexualidad que pueden activarse bajo ciertas condiciones patológicas. Otras teorías del psicoanálisis rechazan la bisexualidad innata, y señalan diversas experiencias de la infancia y adolescencia como causa de conducta homosexual. Así, Bieber (1962) describe en homosexuales un patrón paterno, que consiste en una madre posesiva, indulgente en exceso y dominante, y un padre hostil, ambivalente y lejano. Bene (1965) se-

ñala un patrón de relación inadecuada con un padre débil. Por otro lado, Greenblat (1966) encuentra que los padres de homosexuales son generosos, “buenos”, dominantes y poco protectores. La realidad es que, cuando se han analizado estos aspectos buscando la causa de la homosexualidad, se ha encontrado todo tipo de familias (padres y madres), niveles socioeconómico, culturales y ambientes.

Otro elemento importante es que casi todos los estudios que intentan demostrar el origen psicosocial de la homosexualidad, se han realizado en poblaciones de homosexuales que eran pacientes de psicoanalistas, psiquiatras o tratados en instituciones, lo que inevitablemente sesga o invalida la muestra. Por fortuna, a últimas fechas se realizaron estudios en poblaciones generales que se analizan después.

En la actualidad, para muchos prevalece el enfoque de Marmor (1978), cuando señala que la homosexualidad es “multideterminada por factores psicodinámicos, socioculturales, biológicos y situacionales”. El estudio de Bell (1981), posterior al análisis complejo y cuidadoso de una muestra de homosexuales, establece que no se encuentra causalidad sociofamiliar alguna para explicar la preferencia homosexual. De hecho, Bell, ya en la época en que publica su estudio, deja sobre la mesa el concepto de que el origen de la homosexualidad debe darse en el periodo perinatal.

Es conveniente concluir el análisis de los esfuerzos para determinar el origen de la homosexualidad, citando a Kolodny: “La búsqueda de la causa de la homosexualidad continúa obstaculizada por dificultades metodológicas y falta de homogeneidad en la población homosexual. Serán inútiles los esfuerzos para determinar los orígenes de la conducta homosexual hasta que se desarrolle una taxonomía confiable del comportamiento sexual en general”.

Esta situación provocó que en 1973, la *American Psychiatric Association* eliminara a la homosexualidad de su *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1980), y agrega una categoría de alteraciones de la orientación sexual para incluir ahí a quienes su orientación sexual les creaba conflictos, al igual que otras expresiones comportamentales de la sexualidad, las cuales se comentan más adelante.

También se ha suprimido la homosexualidad como trastorno o diagnóstico psiquiátrico en países como Inglaterra, Suecia y Dinamarca, y como se ha mencionado, también la OMS la ha suprimido.

En síntesis, es factible decir que los **seres humanos**, desde que la especie existe, al nacer lo hacemos con la preferencia determinada, la mayoría heterosexuales y aproximadamente 10 a 12% bisexuales y homosexuales. Al no haber factores del desarrollo, familiares o sociales que puedan ser los causales de que una persona sea homosexual, queda claro que las influencias sociales enmarcarán la forma como desarrollaremos nuestra heterosexualidad, bisexualidad u homosexualidad, mas no van a determinar nuestra preferencia.

Estudios sobre comportamiento sexual en homosexuales

En la década de los cuarenta, Alfred Kinsey realizó su notable estudio sobre la conducta sexual del hombre y la sexual del varón y la mujer, que comprendió más de 15 mil sujetos. Casi treinta años después, surgen dos estudios (en realidad esclarecedores) sobre la

conducta homosexual, realizados por Allan Bell del *Kinsey Institute* (1978/1981) y otro de Karla Jay (1979).

En el estudio de Bell se encuestaron alrededor de mil sujetos y entre sus resultados sobresalen algunos que conviene mencionar.

En cuanto a la intensidad o frecuencia de la actividad sexual, se observó que, en orden decreciente, es mayor en homosexuales de raza negra que en blancos, mayor en homosexuales que en lesbianas, y en los más jóvenes que en los de mayor edad.

Persiste la idea de que hay mayor “promiscuidad” en homosexuales. Sobre esto, Bell (1977) señala que hay una tendencia en los homosexuales a sostener relaciones con diversos compañeros; no así las lesbianas, que se inclinan más hacia la “fidelidad”. El objetivo al que propenden, tanto homosexuales y lesbianas, es a una relación amorosa, estable y duradera. Un gran porcentaje de los encuestados refiere que el principal problema en sus relaciones amorosas es la dificultad para encontrar un(a) compañero(a) adecuado(a); asimismo, hay más disposición para aceptar las relaciones abiertas entre homosexuales masculinos que femeninos. Cabe señalar que todos estos resultados coinciden con los que se obtendrían en cualquier estudio de comportamiento heterosexual. Por otro lado, Bell informa que resulta más difícil para los varones aceptar su homosexualidad que para las mujeres; además, han contraído matrimonio heterosexual 25% de los varones homosexuales y 33% de las mujeres; este último dato coincide con resultados preliminares del estudio sobre homosexualidad, hecho en la ciudad de México por Álvarez-Gayou (1978) y colaboradores.

En el área de relaciones interpersonales, se dispone de datos que confirman que los homosexuales y lesbianas tienen mayor aptitud para establecer relaciones amistosas y afectuosas más cercanas que los grupos comparables de heterosexuales, y para entablar amistad con heterosexuales, así como de rechazo por parte de éstos.

En el área laboral, esta investigación encuentra que tienen la misma estabilidad en sus trabajos que los heterosexuales, excluyendo a los que Bell califica como disfuncionales y asexuales (que son minoría): “los homosexuales adultos que aceptan su situación sin sentir culpa y que funcionan bien en el área social y sexual, no tienen mayores problemas que mujeres y varones heterosexuales”.

Karla Jay (1979) estudió a 962 lesbianas y 4 329 homosexuales masculinos, y encontró datos interesantes.

En cuanto a la actitud de las lesbianas en relación a los hijos, 19% tenía hijos, los querían y aceptaban, al igual que muchas madres heterosexuales; 54% mostró una actitud positiva hacia los niños, en contraste con 4% que expresaron actitud negativa.

Respecto a la idea prevalente de promiscuidad sexual, en esta investigación se encontró que 62% de las lesbianas y 15% de los homosexuales han tenido entre 1 y 10 compañeros sexuales; de 11 a 15 compañeros sexuales 24% de las lesbianas y 17% de los homosexuales; 20% de ellos ha tenido entre 26 y 50 compañeros. En resumen, 86% de las lesbianas ha tenido menos de 25 compañeros y 52% de los homosexuales menos de 50 compañeros; los datos son comparables con cualquier grupo de jóvenes solteros de la sociedad heterosexual.

Otro mito que prevalece es el de la prostitución entre homosexuales. Al respecto, el estudio de Jay revela que 98% de las lesbianas y 76% de los homosexuales nunca han pagado por una relación sexual; sólo una vez, 9 y 2% de homosexuales y lesbianas, res-

pectivamente. En cambio, han recibido pago una vez 10% de ellos y 5% de ellas, y 91% de las lesbianas y 76% de homosexuales, nunca. Estas cifras son menores de las que se encuentran en una población heterosexual.

Un 45% de la mujeres y 46% de varones se inclinaron a favor de una relación estable y duradera, comparable al matrimonio, y en contra 28 y 21%, respectivamente.

En este estudio realizado en EUA, la prevalencia de anorgasmia entre lesbianas y mujeres heterosexuales fue de 7%. Se recordará que en Francia y Japón es de 4 y 20%, respectivamente.

Otra creencia generalizada es que en parejas o encuentros homosexuales se da la conducta pasiva o activa, "femenina o masculina". Estos papeles nunca se establecen en 59% de las lesbianas y 42% de los homosexuales. En la encuesta realizada en México parece existir una correlación directa entre el establecimiento de estos papeles y la escolaridad y nivel socioeconómico menores.

Por último, es importante establecer la diferencia entre homosexualidad y dos estados que suelen confundirse con ella: travestismo y transexualidad.

El travestista es el que obtiene placer -no sólo de tipo eroticosexual- usando ropa, accesorios, lenguaje y manierismos considerados como del otro sexo en una sociedad y momentos determinados. A veces, esta situación se relaciona con homosexualidad, pero en muchos casos se presenta en individuos que son básica o fundamentalmente heterosexuales.

El travestismo no implica de manera necesaria homosexualidad y viceversa.

La transexualidad es la convicción psicológica de identificación con el sexo que no corresponde al genotipo y fenotipo, sin alteraciones genéticas u hormonales. Esto se denomina, hoy en día, "discordancia de la identidad sexo-genérica", y no se relaciona con homosexualidad. De hecho, se han informado casos de transexuales que luego de convertidos en mujeres con tratamiento hormonal y quirúrgico, optaron por el lesbianismo.

En la actualidad, se calcula que la transexualidad tiene una prevalencia de 1 por 100 000 en varones y 1 por 130 000 en mujeres.

Bisexualidad

Según la conceptualización del continuo hetero, bi, homosexual, podría considerarse un grado mínimo de bisexualidad en todos los seres humanos. Debe recordarse que incluso quien se encuentra en el nivel fundamentalmente heterosexual, tiene un componente pequeño de homosexualidad, con lo que de hecho se habla de un cierto grado de bisexualidad. Este grado de homosexualidad es exclusivamente afectivo: amar un hijo o un padre o a un amigo del mismo género.

Esta sección se refiere a quienes se encuentran en la cuarta columna del Modelo de preferencia de género; esto es, tienen el mismo nivel de atracción hacia uno y otro sexo, y presentan estímulos sexuales efectivos sin haber preferencia real por alguno. Según el planteamiento del continuo, los bisexuales pueden ser practicantes abiertos de ambas partes de su bisexualidad, o no practicantes respecto a la dimensión eroticasexual de alguna de ellas (homo y hetero), u oculto, en cuanto a que no acepta o reconoce una de las dimensiones. Esto último se refiere a quienes se ven precisados a casarse y conservar oculta la expresión de la otra dimensión.

En cuanto a posibles “causas” de la bisexualidad, deben tomarse en cuenta algunas consideraciones. Hay que recordar que con frecuencia el individuo bisexual difícilmente es reconocido como tal, y existe la tendencia a agruparlo en el sector de los homosexuales. Esta dimensión es tal que, incluso, muchos bisexuales se consideran a sí mismos homosexuales; otros se dicen heterosexuales también y esta situación surge desde una tendencia a establecer conceptos rígidos. En nuestro mundo, somos buenos o malos, heterosexuales u homosexuales, es decir, blancos o negros. La realidad es que no se puede olvidar la existencia del gris y de las diversas tonalidades del mismo: los puntos intermedios del continuo. Se recordará que el punto central del cuadro es el origen en el que el individuo tiene la potencialidad bisexual, y donde sus respuestas son amplias y sobre todo no dependientes de sexo del estímulo.

Las “causas” de la bisexualidad no se encuentran de manera específica en la genética, endocrinología o psicología, serán en esencia las mismas que las de la heterosexualidad, como se ve más adelante.

Estudios respecto a la bisexualidad

La bisexualidad ha sido, al contrario de la homosexualidad, el sector olvidado de la investigación y los estudios (Fred Klein, 1978 y 1993). El *Index Medicus* ofrece 47 artículos sobre homosexualidad y ninguno sobre bisexualidad; el *New York Psychoanalytic Institute* tiene en su biblioteca más de 600 referencias sobre la primera y ninguna sobre la segunda. Otro elemento que contribuye a la falta de conocimientos sobre el tema, es que incluso investigaciones sexológicas olvidan a la bisexualidad o la incluyen en la homosexualidad, como en el caso de la investigación de Morton Hunt.

A pesar de las dificultades para determinar la prevalencia, según Klein, en EUA, de 30 a 45% de la población masculina podría definirse como bisexual y de 15 a 35% de la femenina. Estas cifras resultan muy altas, puesto que se basan en las de Kinsey. Klein considera a los individuos colocados en cualquier punto de la tabla y excluye sólo a los colocados en los niveles fundamentalmente heterosexual (FHT) y fundamentalmente homosexual (FHM).

Hasta la fecha, la información más confiable respecto a la prevalencia de bisexualidad proviene de encuestas realizadas por una revista femenina -*Redbook*- y por una divulgación científica -*Psychology today*-. En el caso de la primera (1975), cien mil mujeres contestaron una encuesta respecto al placer y la satisfacción sexual. De ellas, 10% (separadas o divorciadas) sostenía actividad sexual con otras mujeres. En el caso de la segunda, 68% de los varones que contestaron, se consideraron heterosexuales, 6% homosexuales y 29% había tenido algún grado de experiencia bisexual, y de éstos 6% se definió bisexual.

La información anterior debe tomarse con cautela, ya que era una encuesta a la que respondieron lectores de una revista, no es una muestra representativa de la población general.

Sólo existen tres estudios sobre la bisexualidad que son ilustrativos en cuanto a comportamiento y variables sociales; éstos son: el de Blumstein y Schwartz (1973 y 1975), el de Charlotte Wolff (1977) en Inglaterra, y el de Klein (1978).

Resumida la información, se tiene que Blumstein y Schwartz (1976) entrevistaron a 150 varones y mujeres bisexuales. El dato más constante fue la poca relación entre la

proporción de estas relaciones con uno y con otro sexo, y la forma en que los sujetos se llamaron a sí mismos; ya fueran homo, bi o heterosexuales. Personas con poca experiencia homosexual, se denominaban bisexuales; otros con una amplia actividad homosexuales o heterosexuales. Esto se debe al gran desconocimiento y falta de información por parte de los sujetos. También encontraron que las mujeres bisexuales se autodefinieron más románticas que los hombres. Cuando las mujeres tenían una relación más afectiva con otra, la denominaban lesbiana, y con un hombre, heterosexual; en cambio, cuando no tenían relación afectiva, era bisexual. Otro dato se refiere a la multiplicidad de patrones de desarrollo de los sujetos en cuanto a su bisexualidad. En algunos se manifiesta temprano en sus vidas, otros en etapas tardías; aun en otros, el cambio es súbito, en tanto que en algunos es una lenta transición de varias décadas.

Un hecho frecuente en todas las investigaciones es que los bisexuales son vistos negativamente tanto por los grupos heterosexuales como homosexuales. Para los heterosexuales, el bisexual no es más que un homosexual y sufre los rechazos y agresiones de los homosexuales que lo consideran indefinido.

Charlotte Wolff (1977) estudió 150 bisexuales y analizó diversos aspectos. En su muestra encontró que el número de padres de los encuestados que tenían un matrimonio estable fue el mismo para varones y para mujeres. Los que provenían de familias con padres divorciados o separados eran pocos, siendo hijos legítimos tres de los varones y cinco de las mujeres. De los 150 sujetos, 15 varones y 20 mujeres tuvieron alguna experiencia sexual traumática en la infancia. En estadística, los resultados de Wolff indican que las circunstancias familiares parecen tener poca relación con el establecimiento de la bisexualidad.

Algunos autores, como Dorner (1968), piensan que la mujer es más bisexual que el varón y lo atribuyen a factores endocrinos que no han sido demostrados. La realidad es que los autores han “caído en la trampa”, como dice Wolff, al identificar el comportamiento “marimacho” como característico de la bisexualidad o lesbianismo. Como se verá más adelante, el “comportamiento masculino” en la mujer o el “femenino” en el varón se refiere en particular al grado o nivel de travestismo, como expresión comportamental de la sexualidad. Varones y mujeres bisexuales no se distinguen por aspectos o manerismos especiales como se cree popularmente. Se conocen varones y mujeres fundamentalmente homosexuales, que son el prototipo de la masculinidad y feminidad. Al respecto cabe señalar cómo un rasgo conductual varía en diversas culturas. Tómese como ejemplo la agresividad, que en la sociedad occidental se considera un rasgo netamente masculino. Entre los Tchambuli es un rasgo femenino, entre los Mudungumur es peculiar en varones y mujeres, en tanto que en los Araspesh es una expresión por completo indeseable e inadecuada para mujeres y varones.

En el estudio de Wolff, casi todos los bisexuales consideraron su situación beneficiosa desde el punto de vista emocional, aunque la reconocían como una desventaja social. Más de la mitad de los sujetos estaban casados.

En cuanto a los encuentros sexuales casuales, los varones tenían mayor proporción de homosexuales que heterosexuales, y a la inversa las mujeres.

Por su parte, Klein confirma los resultados de los autores mencionados y, con entrevistas a 150 bisexuales, hace una interesante conceptualización de la bisexualidad neurótica y analiza a los bisexuales sobresalientes en la historia y el arte.

Heterosexualidad

Se ha mencionado cómo la homosexualidad ha sido estudiada desde diversos puntos de vista y cómo la bisexualidad se ha ignorado, a pesar del interés en la búsqueda de una causa. Sin embargo, de la expresión de la sexualidad, la que menos se ha estudiado para conocer sus causas es la heterosexualidad. Se sabe que es la expresión más frecuente; sin embargo, se desconoce todo acerca de su causa, principalmente porque las ciencias medicobiológicas y del comportamiento siempre la han dado por un hecho. Para comprender la falta de gravedad y el vuelo de un aeroplano es indispensable conocer la ley de la gravedad de Newton; para conocer y entender las alteraciones del aparato digestivo, es esencial el conocimiento de la fisiología del mismo.

Es necesario que el investigador del comportamiento sexual no considere las diferentes expresiones de la sexualidad como entidades aisladas. Se comprenderá mejor la bisexualidad y homosexualidad en tanto se conozca más la heterosexualidad.

Se sabe que existen sociedades humanas donde la bisexualidad y homosexualidad son mayoritarias, y las expresiones heterosexuales sólo tienen propósitos de reproducción y muchas rituales. Es en estas sociedades donde se deben buscar los orígenes de la heterosexualidad. Cuando la ciencia y el científico dejen de cuestionarse y den las cosas por hechas, se perderá la objetividad y el verdadero pensamiento científico. Sin duda, el camino es aún largo y difícil, pero ya se están dando los primeros pasos para la comprensión integral de la dimensión del comportamiento sexual humano. Así, como parte indispensable de este campo, las expresiones comportamentales de la sexualidad.

4 Expresiones comportamentales

Aspectos generales

Desafortunadamente, hoy en día, todavía se usan términos como desviaciones o aberraciones, para denominar “científicamente” algunas conductas sexuales. En fecha reciente, ganó gran popularidad utilizar el término propuesto por John Money: parafilias. Es imprescindible que los profesionales de la salud utilicen terminología descriptiva, más que valorativa. La primera asegura amplias vigencias temporales, espaciales y operacionales, en tanto que la segunda está sujeta a muchas inexactitudes. Por ejemplo: hace algunos años, el coito anal se consideraba una perversión en ciertas sociedades judeocristianas, mientras que en otras sólo una forma de enriquecer la vida sexual. El denominarlo perversión o desviación restringe la validez de la nomenclatura a las áreas donde no era considerado así (vigencia espacial). Muchas sociedades occidentales han dejado de penalizar esta acción, o lo que la vigencia temporal de la denominación se ha reducido. El término en sí no resulta claro para la comprensión y ubicación de los elementos que engloba, y tampoco es útil para la comprensión de fenómenos o hechos más complejos, con lo que su vigencia operacional es reducida.

Por otro lado, en las ciencias resulta menos objetivo y claro utilizar terminología valorativa. Recuérdese el caso de la trisomía 21, que fuera conocida durante años como mongolismo. El pueblo mongol expresó justamente su indignación, como lo haría el mexicano o el francés si una entidad patológica, acompañada de deficiencia mental, se denominara “mexicanismo” o “galicismo”.

El uso de términos como desviación, aberración o perversión presupone una censura y condena previas. Quien va a abordar el capítulo titulado así, antes de leer el primer párrafo ya tiene idea de que son “cosas malas o indebidas”. Se preguntará si de hecho lo son y el porqué de estos prejuicios. Debe recordarse que el juicio acerca de lo bueno o lo malo de un acto está fuera del área de competencia del profesional de la salud, cuyo deber consiste en la atención de consultantes y comunidades. Además, recuérdese el principio revisado en el capítulo anterior: en materia de comportamiento sexual (y en muchas otras), las personas pueden hacer lo que deseen siempre y cuando no dañen a terceros, y los que participen, lo hagan voluntariamente y con conocimiento de las consecuencias de sus actos.

El término parafilia, si bien ya goza de gran popularidad, también es valorativo porque establece comportamientos laterales a uno básico (para: a un lado, filia: amor). Incluso muchos profesionales usan tan laxamente el término de parafilia, que se está volviendo valorativo.

Con base en lo anterior, el Instituto Mexicano de Sexología, preocupado por la utilización de un lenguaje objetivo y científico en materia de sexualidad, propuso y adoptó la denominación de **Expresiones Comportamentales de la Sexualidad**, bajo el cual se engloban no sólo las llamadas desviaciones o perversiones, sino que incluyen otras como la masturbación o incluso la castidad. La vigencia temporal, espacial y operativa de esta nominación es mucho más amplia, descriptiva, objetiva y no valorativa por inclusiva, y no establecer diferencia entre unos y otros comportamientos.

Mucho tiempo de trabajo clínico, educativo, a la vez que reflexión conceptual, llevó a establecer la hipótesis de un continuo de expresiones comportamentales, de alguna manera inspirado en el concepto del continuo hetero, bisexual, u homosexual de Kinsey (Álvarez-Gayou, 1984). Esta hipótesis plantea que todas las expresiones comportamentales de la sexualidad integran el universo expresivo del ser humano, en el que potencialmente se encuentran todas, aun cuando algunas lo hagan en grado mínimo o no erótico. Antes de seguir adelante, hay que recordar que las expresiones comportamentales de la sexualidad abarcan más aspectos que los netamente eroticosexuales.

El continuo para todas las expresiones se estructura en una escala gradual con siete niveles, que de menos a más son:

0. No existe.
1. Expresión mínima (EM).
2. Expresión acentuada (EA).
3. Expresión eroticosexual a nivel fantasía (EESF).
4. Expresión eroticosexual mínima (EESM).
5. Expresión eroticosexual preferida (EESP).
6. Expresión eroticosexual predominante (EESPR).
7. Expresión eroticosexual exclusiva (EESE).

Las dos primeras constituyen el área de expresividad no erótica y las cinco restantes la expresividad erótica, es decir, en la que se busca la excitación o el orgasmo, es decir, estímulos sexuales efectivos (ESE).

Entre los niveles principales puede haber intermedios y no es indispensable poseer los anteriores para estar colocado en alguno de ellos. La escala tiene dos marcadores móviles que expresan: el primero, el nivel en que el individuo le molesta e incomoda o perjudica

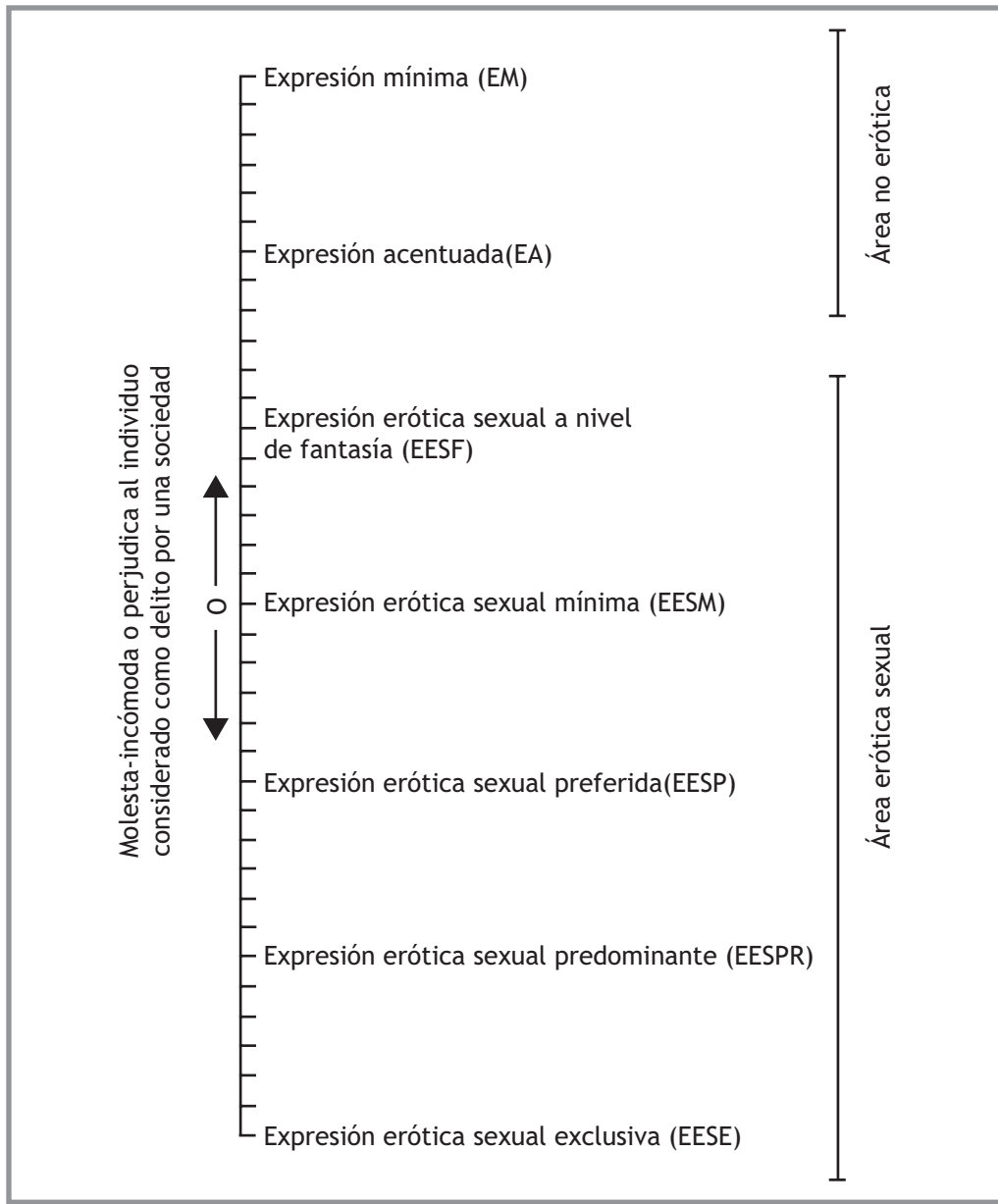


Figura 4-1. Continuo de las expresiones comportamentales de la sexualidad.

la expresión egodistónica; el segundo, el nivel a partir del cual la sociedad determina la existencia de conducta delictiva o socialmente condenable. La escala muestra el continuo de las expresiones comportamentales de la sexualidad.

Los siete niveles principales se definen a continuación y se dan ejemplos con una de ellas, la zoofilia, buscando una mayor claridad:

EM. Grado mínimo de expresividad del comportamiento que produce gusto o satisfacción y está presente en todo individuo, como se ve más adelante al analizar las expresiones en detalle. En la zoofilia se refiere a todos aquéllos que tienen una mascota por gusto.

EA. Es el mismo comportamiento, pero ya más notorio o predominante, en un individuo. Los niveles anteriores no implican comportamientos eróticos ni consecución de placer orgásmico. En el ejemplo están aquellas personas que no se conforman con tener una o dos mascotas, que tienen varios perros, además gatos o incluso otros animalitos, o simplemente nueve gatos, por ejemplo.

EESF. Implica excitación sexual e incluso consecución orgásmica a través de la expresión en cuestión, pero sólo a nivel de fantasía o sueño. Este nivel implicaría que alguien se excitara imaginando un acercamiento físico con un animal.

EESM. Se refiere a la práctica de la expresión para obtener excitación, orgasmo o ambos. En este caso, ya sucedió alguna vez el encuentro.

EESP. Casos de personas que tienen predilección especial por alguna, sin dejar otras. Éste sería el caso de una persona que si pudiera, preferiría estar con un animal.

EESPR. Se refiere a las personas en quienes prevalece una expresión; por ejemplo, de cada diez experiencias sexuales, en ocho se refiere la que está en análisis. Ocho con un animal y las otras dos de otra manera.

EESE. Significa que sólo mediante esa expresión se logra la excitación, orgasmo o ambos. Sólo si es con un animal, la persona se excita y ningún otro estímulo lo logra.

A continuación se analizan las diferentes expresiones y sus grados de expresividad de acuerdo a los conceptos del continuo propuesto.

Fetichismo

Se trata de la expresión comportamental de la sexualidad en la que se gusta de poseer objetos o pertenencias de determinada(s) persona(s).

El grado de **EM** consiste en el gusto que tienen las personas de llevar una fotografía, prenda, anillo, mechón de cabellos u otra cosa de una o varias personas queridas.

Cuando se habla de **EA**, se trata de personas que con mayor dedicación hacen esto. Por ejemplo, los “cazautógrafos” o los que desean poseer la colección más completa de fotografías de algún ídolo cinematográfico, o bien aquéllos que guardan un archivo impresionante de cartas de amor de uno o varios enamorados.

En ninguno de los niveles anteriores el fin es obtener lubricación vaginal, erección u orgasmo. Cuando éste es el fin, se trata del área eroticosexual. En ésta, **EESF** se presenta cuando una o varias veces el sujeto ha utilizado la fantasía; por ejemplo, una prenda íntima, como estímulo sexual efectivo.

La **EESM** del fetichismo será aquella en la que alguna vez se use una prenda como estímulo sexual efectivo.

El fetichismo, a nivel de **EESP**, se refiere a aquéllos que, aun presentando otras expresiones, tienen colecciones de fotografías, prendas íntimas o gustan de obtenerlas para usarlas como estímulos sexuales efectivos.

Ocurre a nivel de **EESPR**, cuando el sujeto, de un promedio de diez excitaciones, orgasmos u ambos, ocho las realizan con objetos o prendas como estímulos sexuales efectivos.

Por último, en el nivel de **EESE**, la persona sólo logra establecer su respuesta sexual mediante el uso de objetos o prendas de otra persona.

El nivel de molestia del sujeto es variable e individual en todas las expresiones, pudiendo existir desde el nivel cero hasta el siete, o no existir.

En cuanto a que sea considerado como delito, dependerá más que de la expresión misma, de la forma cómo se obtengan las prendas u objetos.

Exhibicionismo

Esta expresión comportamental de la sexualidad se refiere a las personas que gustan de mostrarse a otras.

En el grado en que todos somos exhibicionistas, **EM** consiste en que a mayor o menor grado se busca una experiencia más agradable o impresionante para los otros. Así, incluso el más mal presentado o informal en su vestir, es probable que utilice un bigote o prendedor con el objeto de adornarse para ser visto por otros.

Cuando la expresión es **EA**, se trata de personas para quienes su aspecto ante los demás es de gran importancia y ya no sólo es la ropa y adornos, sino mujeres y varones que practican el fisicoculturismo para exhibir sus cuerpos musculosos, o las personas que escogen la profesión de modelo.

Dentro del área erótico sexual, **EESF** se refiere a las personas que se excitan o buscan orgasmos imaginando que se exhiben ante otros, por lo general desnudos o mostrando sus órganos sexuales.

La **EESM** será la excitación que provoca mostrar partes del cuerpo, por ejemplo, en el varón, la camisa desabrochada dos o tres botones debajo del cuello; en la mujer, los escotes "atrevidos" o subir la falda para mostrar las piernas cruzadas.

El exhibicionismo nivel **EESP** consiste en que aun teniendo otras expresiones, las personas disfrutan exhibiéndose para obtener estímulo sexual efectivo.

En el nivel de **EESPR**, significa que en 80% o más de los casos, el estímulo efectivo consiste en la exhibición de una parte o todo el cuerpo a otras personas. El exhibicionismo adquiere el carácter exclusivo **EESE**, cuando es la única forma mediante la cual la persona logra la excitación.

Al igual que en el fetichismo, el nivel al cual el exhibicionismo puede molestar, incomodar o perjudicar a la persona, es muy variable.

La consideración del exhibicionismo como delito lleva a un análisis interesante. Era clásico que se considerara al exhibicionismo en sus niveles del área erótico sexual como manifestaciones exclusivamente masculinas, siendo este hecho de origen social, puesto que el exhibicionismo en la mujer es aceptado bajo la forma de *strip-tease* (con lo que se satisfacían los niveles erótico sexuales de la escoptofilia o voyerismo masculino), en tanto que en el varón fuera de fisicoculturismo (nivel erótico) no existían posibilidades de expresión erótico sexual por lo que los varones con frecuencia recurrían a la exhibición subrepticia de los órganos sexuales, lo que se constituía en una acción delictiva, puesto que la persona que es expuesta a la exhibición no lo hace voluntariamente y constituye, además, una violación a su privacidad, más cuando el acto se realiza con menores.

Gerontofilia

Es la expresión comportamental de la sexualidad en la que se tiene atracción por personas de más edad, en especial por ancianos.

La **EM** se observa en casi todas las personas, incluso el respeto, cariño y cuidado para con las personas de la tercera edad son inculcados como valores en nuestra sociedad.

EA se presenta en personas que muestran un interés mayor que en otras personas ancianas. Ejemplo de este nivel serían quienes dedican mucho su vida y esfuerzo al cuidado de ancianos, como geriatras, enfermeras geriátricas o personas que promueven con especial interés obras en beneficio de los mismos.

En el área eróticosexual, **EESF** consiste en la existencia de una fantasía de relación sexual con una persona anciana como estímulo efectivo y con el propósito de conseguir un orgasmo.

EESM se refiere al hecho de que alguna vez la persona haya tenido una relación en la que el estímulo efectivo fue una persona de la tercera edad.

Cuando se trata del nivel **EESP**, nos encontramos ante una persona que tiene preferencia por erotizar las relaciones con ancianos.

En **EESPR**, por lo menos 80% de las relaciones eróticas del sujeto tienen como estímulo sexual efectivo una persona anciana.

La gerontofilia a nivel **EESE** se presenta cuando una persona sólo reconoce como estímulo sexual efectivo a un(a) anciano(a).

El nivel al cual existe incomodidad o molestia, y constituye o no delito, es variable y depende sobre todo de la voluntad del anciano.

En cuanto a esta expresión, se ha ampliado conceptualmente e incluido en esta categoría el gusto o la atracción erótica hacia personas mayores.

Así mismo, en este caso y en la paidofilia puede ser aplicable el concepto de generación de Ortega y Gasset, es decir, 15 años.¹

Masoquismo

Expresión comportamental de la sexualidad en la que la persona gusta del dolor físico, sumisión, vejación o incluso dependencia notoria de otra persona.

¹ El método de las generaciones para su aplicación toma en cuenta que:

- 1) En periodos de quince años cambia el cariz de la vida y varía la tonalidad histórica.
- 2) Una generación se encuentra entre dos generaciones: cada generación representa un “trozo vital”, único e intransferible del tiempo histórico, por eso el hombre es “sustancialmente histórico”.
- 3) La realidad histórica está constituida por la vida de los hombres entre 30 y 60 años, período de plena actividad histórica.
- 4) De 30 a 45 años el hombre combate a favor de ciertos ideales o, mejor dicho, a favor de su ideología.
- 5) Entre los 45 y 60 años la generación llega al pleno desarrollo de sus aspiraciones, accede al poder y posteriormente las nuevas generaciones asimilarán sus experiencias, aciertos y errores para continuar transformando la realidad histórica.
- 6) Cada generación posee su propia sensibilidad vital, que le permite asumir el compromiso con la circunstancia que le rodea, de no hacerlo estaría traicionando su rol histórico.

La influencia cultural y filosófica de Ortega y Gasset fue grande y profunda, y por lo mismo es difícil de cuantificar.

<http://www.cialc.unam.mx/pensamientoycultura/biblioteca%20virtual/diccionario/generacion.htm>

En el área no erótica, EM se presenta en casi todas las personas y consiste en ese pequeño placer no confesado que nos lleva a disfrutar ser atendidos o considerados por un sufrimiento o una enfermedad, o a ese poco de conmiseración o lástima que nos tenemos cuando lloramos.

EA se refiere a quienes disfrutan su sufrimiento, como aquéllos cuyo tema preferido de conversación es el relato de sus desgracias y en especial, de sus enfermedades. Entran aquí los que disfrutan relatando las malas obras y vejaciones que han padecido.

En el área eroticosexual, EESF consiste en la existencia de una o varias fantasías en las que el sujeto es vejado, lastimado o sometido, y esto constituye un estímulo sexual efectivo.

EESM se refiere al gusto y excitación que provocan en algunas personas pequeños estímulos dolorosos o sometimientos y vejaciones, incluso el asimiento (*bondage*) en el que resulta un estímulo poderoso ser amarrado de pies, manos y en ocasiones, vendado de los ojos, para recibir caricias en estado de impotencia física total.

EESP consiste en el hecho de buscar de manera expresa este tipo de estímulos sin dejar de disfrutar o responder a otras expresiones.

Cuando el nivel es EESPR, el sujeto sólo responde con un estímulo sexual efectivo a este tipo de actividad.

En cuanto al grado que pueda esta expresión molestar o incomodar a quien la presenta, la experiencia clínica muestra que a menudo es alto el nivel de satisfacción que muchas personas tienen mediante esta expresión. El nivel delictivo varía de acuerdo con instancias legales, pero básicamente no se castiga al que se daña, sino al que dañan.

Necrofilia

Expresión comportamental de la sexualidad que consiste en el gusto o atracción por lo muerto o la muerte en sí.

EM de la necrofilia consiste en el culto, más o menos presente en todos, a la muerte. Se expresa por fotografías y cuadros que se exhiben en casas de personas muertas; en nuestro medio, por los pequeños altares para honrarlas en el cementerio, el nombrar a personas y otras cosas en función de una persona muerta.

EA de la necrofilia se observa en personas para quienes los muertos adquieren un significado y forman parte de su vida, más que muchos vivos. Digno de mención es el caso de la madre mexicana cuya hija murió hace más de siete u ocho años; la mujer construyó un mausoleo donde colocó todos los juguetes y muñecas de la niña, decorado con infinidad de temas infantiles. Día con día, la señora “visita” a su hija, hace una cuidadosa limpieza y toca en el fonógrafo los discos preferidos de pequeña. Ésta es, sin duda, una expresión necrofílica acentuada. Por lo tanto, puede observarse expresión del mismo nivel en pueblos como el antiguo Egipto, donde el culto a la muerte llegó a niveles sagrados, que de paso nos legaron los maravillosos testimonios de su cultura. En México, un tanto más festivo es el culto burlón a la muerte, el cual tiene su mayor expresión en los primeros días de noviembre; en esta celebración son típicas las “calaveras”, el pan de muerto, las ofrendas y todas las manifestaciones del folclore mexicano. Es importante mencionar las piezas arte-

sanales eróticas en las que aparecen “esqueletos” en actividades ereticosexuales; piezas de mucho interés y belleza.

La necrofilia a nivel **EESF** se ilustra con múltiples casos en la literatura, en los que la violación a un cadáver se constituye en estímulo sexual efectivo. Lo mismo sucede en personas que, a través de fantasías de este tipo, buscan la excitación y consecución de un orgasmo.

Los sujetos que alguna vez hayan buscado la excitación o el orgasmo (o ambos) con un cadáver, se encontrarían a nivel de **EESM**; quienes tiendan a preferir este tipo de estímulos estarán a nivel de **EESP**; en el nivel **EESPR**, estarán aquéllos que en la práctica de la necrofilia, como estímulo sexual efectivo, encuentran la forma de expresión que predomina en su vida sexual; en tanto que los exclusivos **EESE**, son los que sólo a través de la necrofilia obtienen un estímulo sexual efectivo.

A quienes parezca difícil aceptar la existencia de personas que se encuentren en el área ereticosexual, se dirá que son frecuentes, aunque no del dominio público, las violaciones y actos de carácter ereticosexual en lugares como funerarias, depósitos de cadáveres, anfiteatros de facultades de medicina y servicios forenses.²

El grado de molestia o incomodidad en estas personas debe ser muy bajo, puesto que la experiencia clínica muestra la poca frecuencia con la que se atienden en consulta a personas con esta expresión. Pudiera ser que el rechazo y lo difícil de aceptar para la mayoría, contribuya a que la necrofilia se mantenga oculta por las implicaciones delictivas que tiene, por lo menos en México. En este sentido, según la legislación mexicana, el cadáver de una persona viene a ser “Propiedad” de los familiares o del Estado, por lo que la violación está tipificada en el Código Penal del Distrito Federal como delito de profanación.

Paidofilia

Expresión comportamental de la sexualidad que consiste en el gusto o atracción por los niños.

En el nivel **EM**, se encuentra todo ser humano al expresar cuidado y ternura, no sólo a los niños, sino a todo cachorro. Esta tendencia tiene tal grado de aceptación pública que los encargados de la imagen pública de todo líder no pierden oportunidad de publicar fotografías de éste cargando, besando, sonriéndole o acariciando a un niño. Estas actitudes siempre implican humanitarismo, bondad y calidad afectiva.

Cuando la paidofilia es **EA**, las personas tienen mayor interés y preocupación por los niños. Podría pensarse en educadoras, peditras y, tal vez, algunos que de buena fe colaboran en organismos como la UNICEF.

En el primer nivel del área ereticosexual se trata de personas que tienen o han tenido **EESF** de un acercamiento o relación con un niño como estímulo sexual efectivo. Es importante señalar la ampliación tanto del concepto de paidofilia como gerontofilia, en el sentido de considerarlas como tales cuando las tendencias y el gusto de la relación se dirige sistemática, preferente o predominantemente hacia personas mucho más jóvenes; por

²Es conocida la situación que Gregersen (1983) informa de las culturas en las que existe necrofilia erótica ritual.

ejemplo, en el caso de la gerontofilia, la joven o el joven de 18 a 24 años que sólo busca y puede relacionarse con varones y mujeres de 45 o 50 años. También varones y mujeres de 45 o 50 años que sólo se relacionan con jóvenes de menos de 20 años.

Cuando se trata de **EESM**, el sujeto ha tenido como estímulo sexual efectivo una relación con un niño o una persona muy joven; el nivel de **EESP** plantea la selectividad hacia niños o personas jóvenes como estímulos sexuales efectivos (ESE). Por su parte, **EESPR** ubicaría a individuos con actividades eroticosexuales que tienen como estímulo sexual efectivo, en 8 de cada 10 ocasiones, a personas más jóvenes o niños. **EESE** se refiere a los individuos que sólo obtienen un estímulo sexual efectivo con niños o personas muy jóvenes.

En cuanto a la molestia que esta expresión pueda provocar en las personas, así como su punibilidad, la situación es semejante a la de otras expresiones.

Es indispensable desmitificar el pésimo uso que se hace públicamente del término paidofilia. El paidófilo ama a los niños y puede dedicar toda una vida al bienestar de ellos, no es un violador. A los abusadores y violadores infantiles se les denomina erróneamente como paidófilos. Será mucho más claro denominarlos como pederastas o violadores infantiles.

Sadismo

Expresión comportamental de la sexualidad en la que los individuos gustan de causar dolor físico, someter, vejar o hacer que otros dependan de ellos.

En el área no erótica, el sadismo a nivel de expresión mínima (EM) es apreciable cuando expresa cariño o afecto por medio de pequeños estímulos dolorosos como pellizcos, besos mordelones o nalgadas; también se encuentra placer al matar o incluso torturar a un animal como moscas, arañas insectos y reptiles. Esto se expresa con claridad en niños que gustan de hacer toda clase de maltrato hacia los animales.

EA se observa en personas que tienen en sus vidas una franca tendencia a lastimar, vejar o someter a otras, y que lo disfruten sin llegar a niveles eroticosexuales. Tal es el caso de policías, agentes secretos, celadores de una prisión y guardaespaldas.

En el área eroticosexual, la expresión **EESF** se refiere al estímulo sexual efectivo que a veces se obtiene imaginando escenas de violencia sexual (violaciones), con la lectura de las obras del Marqués de Sade o mediante películas como "Historia de O".

EESM se refiere a las personas que alguna vez al causar dolor, someter o vejar a una persona, han tenido este acto como estímulo sexual efectivo. Ésta es la contraparte del asimiento (*bondage*), en la que el sujeto disfruta amarrando a otro y teniéndolo en estado de impotencia física.

El grado de preferencia y predominio de esta expresión determina la colocación de la persona en uno u otro nivel; es **EESP** cuando (en caso de selección entre otras) se inclina por ésta; **EESPR** si es la más frecuente en la vida sexual del sujeto, y **EESE** cuando se plantea sólo como estímulo sexual efectivo (ESE).

El sadismo casi siempre se presenta como el binomio sadismo-masoquismo, pues para que exista y se desarrolle, es necesaria la participación de uno o varios masoquistas y viceversa. Cuando esta relación no se establece, se plantea la situación en la que el sádico ac-

túa sobre una persona que no lo desea o no tiene gusto por ello, en contra de su voluntad, con lo que el acto adquiere una connotación delictiva; la violación no es una expresión comportamental de la sexualidad.

En cuanto al grado de molestia o inconformidad que provoque, basta pensar en los clubes S-M (sodomasochistas) que hay en diversos países. Se trata de clubes de personas que reconocen tener estas expresiones en los niveles **EESP**, **EESPR** o **EESE**, y que se reúnen en fiestas o convivios en los que se “equipan” con todos los aditamentos necesarios (látigos, cadenas, esposas, trajes de hule (caucho), correas y otros), y se dedican a realizar actos de sometimiento, vejación y castigo físico para obtener placer sexual. El daño físico que se inflige no es grave y la intensidad se sustituye por la cantidad de equipo, aditamentos y aparatos impresionantes que se utilizan. Aun cuando no se conoce el número de personas que participan en estos clubes, un dato importante de esta expresión es la popularidad y el éxito de la violencia en películas, revistas comerciales, programas de televisión y la gran cantidad de aditamentos para quienes gustan de estas expresiones.

Escoptofilia (voyeurismo)

Expresión comportamental de la sexualidad en la que las personas gustan de ver los cuerpos, expresiones amorosas o ambos de otras personas.

EM de esta expresión, y de la casi todos participamos, ha permitido el florecimiento del desnudo artístico en la escultura, pintura y fotografía universales. También permite y propicia la publicación de revistas como *Play boy*, *Play girl* o *Signore*. Dado el nivel mínimo de escoptofilia que existe en muchos varones y mujeres, continúan los concursos o exhibiciones de fisicoculturismo masculino y femenino.

La EA de la escoptofilia se presenta en quienes gustan de mirar los cuerpos de otras personas, por ejemplo: los que poseen colecciones de desnudos en pinturas o esculturas, o los que no pierden oportunidad de ver un *strip tease*, o los que gustan, más que la mayoría, de ver en vivo o en expresiones gráficas cuerpos o relaciones de otros, siendo requisito en este nivel el no constituir su acción en estímulo sexual efectivo.

Dentro del área eroticosexual, **EESF** se refiere a la excitación sexual obtenida por la fantasía de la observación de un desnudo o de un acto sexual. La **EESM** existe cuando la persona ha observado y presentado la excitación. **EESP** y **EESPR** se sitúan en las mismas condiciones que las expresiones anteriores; es importante recordar que **EESE** se refiere a la persona que sólo logra excitarse y conseguir un orgasmo mediante esta expresión.

El grado en que ésta puede incomodar o perjudicar a la persona varía; sin embargo, se atiende clínicamente a consultantes con niveles altos de angustia por esta expresión, que los obliga a deambular por azoteas para encontrar ventanas y observar. Con frecuencia, estas personas son confundidas con ladrones, y son acatadas y golpeadas. De hecho, existe un nivel delictivo, ya que violan la privacidad e intimidad de otros.

Zoofilia

Expresión comportamental de la sexualidad en la que las personas tienen gusto o afecto especial por los animales.

La zoofilia, presente en casi todos los seres humanos cuando se expresa en su EM, se refiere al afecto, atracción o atención que los animales provocan en las personas. Para algunos son perros, gatos, canarios, pericos; para otros, caballos, serpientes, insectos.

EA se presenta en los que tienen criaderos; presentan a sus animales en concurso e incluso los cuidan tanto, al grado de vestirlos, peinarlos, incluso llevarlos al psiquiatra o a "una casa de citas" para perros.

En el área eróticosexual, el nivel EESF se refiere a las personas que una o varias veces han tenido como estímulo sexual efectivo las caricias o la relación sexual con un animal. La expresión EESM se refiere a todos los casos en los que se ha presentado un grado de excitación por la relación o caricias con un animal. Este grado de zoofilia es frecuente en los medios rurales, donde muchos jóvenes practican el coito con vacas, burras, cerdas, gallinas como sucedáneo de la masturbación.

Las expresiones EESP y EESPR se presentan con frecuencia en personas que viven en zonas urbanas o que viven solas, con dificultad para establecer relaciones humanas, y que vierten sus necesidades afectivas en animales como un mecanismo compensatorio. De ahí a los niveles eróticosexuales, hay un paso e incluso no son muy raros los casos de zoofilia declarada.

En EESE, el contacto o relación con animales constituye un estímulo sexual efectivo.

El grado de incomodidad o perjuicio que cause al individuo es variable; hay poca experiencia de consultas al respecto. Como en la necrofilia, el que se considere delictiva esta expresión depende de que se realice con animales ajenos.

Urofilia y coprofilia

Expresiones comportamentales de la sexualidad en las que existe gusto o placer por la orina o las heces o por el acto de orinar, defecar y observar su realización.

A nivel de EM, reflexiónese un momento en esa sensación de alivio y ¿por qué no? también de placer que se tiene cuando se vacía la vejiga urinaria, sensación que aumenta cuando ésta se encuentra llena. Paralela es la sensación cuando se defeca.

EA se fija por la importancia que durante el desarrollo infantil se dio al control de esfínteres. Hay muchas personas para quienes las funciones excretoras revisten un carácter ritual, pues durante éstas se fuma, se leen revistas y libros, incluso hablan por teléfono o ven televisión.

En EESF se encuentran las personas para las cuales constituye un estímulo sexual efectivo la posibilidad de orinar dentro de una vagina, ser observado u observa la defecación, incluso tener fantasías de ser orinado u orinar a otro o defecar sobre otro o viceversa.

EESM, esta expresión se refiere a cuando alguna de las acciones descritas ha sucedido y ha sido placentera. Los niveles EESP, predominante EESPR y exclusivo EESE, coinciden con las expresiones analizadas; los niveles de molestia o delictivos varían de una persona a otra.

Fobofilia

Expresión comportamental de la sexualidad en la que existe un gusto o placer por el peligro o temor. De no tener muchos seres humanos esta expresión en el nivel mínimo, tal vez nunca hubiera sido un gran cineasta Alfred Hitchcock, y Drácula, Frankenstein, Bela Lugosi, Boris Karloff, el Monje Loco y otros hubieran caído en el completo olvido. Cuán-

tos hemos vivido situaciones de peligro más o menos real, que disfrutamos conversando con nuestras amistades.

Es EM en quienes el peligro y temor son una pasión, por ejemplo: corredores de autos, toreros y acróbatas (entre los que alcanzan la fama y entre los que no), así como en pilotos de prueba, dobles de cine, lavaventanas, obreros que trabajan en la construcción de rascacielos y más.

El área eroticosexual se refiere a la condición en que una situación que implica peligro o temor se convierte en estímulo sexual efectivo. En éste son conocidos los casos de personas que buscan lugares públicos como elevadores, aviones u otros en los que es excitante para ellos hacer el amor, bajo el temor y el riesgo de ser descubiertos o castigados. Dependiendo de qué estímulo sexual efectivo aparezca con la fantasía, se haya realizado alguna vez o se presente con preferencia, predominio o exclusividad, se puede hablar de cualquiera de los cinco niveles del área eroticosexual: EESF, EESM, EESP, EESPR, EESE.

Son pocos los casos en los que se solicita ayuda profesional. En cambio, es frecuente que estas personas sean acusadas por “faltas a la moral o a la decencia” y castigadas por la ley.

Grafofilia

Esta expresión tiene dos dimensiones: la logofilia y la iconofilia. Es la expresión comportamental de la sexualidad en la que se gusta de leer una palabra (logofilia), ver representaciones gráficas figurativas como dibujos y fotografías entre otros (iconofilia) o ambas.

EM, esta expresión se caracteriza por el gusto que desde muy tierna infancia presentan los seres humanos por los dibujos, fotografías o películas (iconografía). Más adelante, surge el gusto por la palabra escrita (logofilia). En México, la grafofilia origina ventas de más de 70 millones de ejemplares mensuales de fotonovelas. Cuando se acentúa EA, nos encontramos ante los bibliómanos y coleccionistas de fotografías, pinturas y otras cosas.

Al analizar el área eroticosexual se encuentra un cierto traslazo entre esta expresión y la escotofilia. Sin embargo, la diferencia consiste en el hecho que la grafofilia se circunscribe a la palabra escrita o a las representaciones gráficas, en tanto que la escotofilia se refiere a la observación “en vivo”.

Tribofilia (frotismo)

Se refiere a la expresión comportamental de la sexualidad en la que existe gusto por tocar a otros o ser tocado. La primera se conoce como tribofilia activa y la segunda como tribofilia receptiva.

Como en toda actividad o expresión humana se perciben matices; así, hay personas en las que el gusto por el contacto físico con otros es acentuado; EA, en la generalidad. En cambio, es común que los estadounidenses se sorprendan al ver la cantidad de veces que en un día los latinos, por ejemplo los mexicanos, se estrechan las manos. La costumbre entre ellos se limita a un “estrechón” de manos en la vida entre dos personas el día que se conocen. Para ellos, el frotismo en los mexicanos sería acentuado, EA.

En el caso de la expresión en el área eroticosexual, EESF, de tocar o acariciar a otras personas (activa) o ser tocado o acariciado (pasiva) y EESM Y EESP para obtener un estímulo sexual efectivo, son universales. Como se expone más adelante, la duración y

la calidad de las caricias suelen ser deficientes en muchas parejas, por lo que las etapas iniciales de la atención terapéutica inciden sobre este aspecto.

Cuando las personas presentan esta expresión en niveles **EESPR** y **EESE**, podemos encontrarnos ante el caso típico del individuo que, en forma oculta, busca aglomeraciones con el fin de excitarse por el contacto con otras personas.

Estos últimos niveles constituyen en sí violaciones y transgresiones a la individualidad, razón por la cual se convierten en acciones reprobables.

Polirrelación

Expresión comportamental de la sexualidad en la que la persona gusta de relacionarse con varias personas en forma simultánea.

Son excepcionales los seres humanos que nunca han disfrutado en su vida de una actividad con varias personas, comidas, asistir a un bar o espectáculo; éste es **EM** de la polirrelación. Cuando es acentuada, **EA**, se trata de personas que sólo disfrutaban cuando se dan las circunstancias planteadas.

En el área eróticosexual, **EESF** se refiere al estímulo sexual efectivo que constituye la fantasía de una relación sexual con dos o más personas simultáneamente; cuando se haya realizado, el sujeto se encontrará en **EESM**.

Al igual que otras expresiones, los niveles **EESP**, **EESPR** y **EESE** se plantean según los criterios expresados.

El límite delictivo en esta expresión se restringe al hecho de que los que participan en la actividad lo hagan consciente y en forma voluntaria.

Intercambio de pareja

Expresión comportamental de la sexualidad en la que se gusta de intercambiar a la pareja propia con otra.

En ciertos niveles socioeconómicos reviste un carácter de urbanidad. La buena anfitriona que ha invitado a varias parejas a comer o cenar deberá distribuir a los comensales en la mesa, tener cuidado de que no queden juntos los miembros de una pareja; deberá intercambiarlos con cuidado. Esta expresión adquiere carácter protocolario internacional, desde el punto de vista diplomático; en visitas de Estado, cuando se ofrecen banquetes, las(os) respectivas(os) consortes de los jefes de Estado deben sentarse a la mesa uno junto al otro. Cuántas veces se ven grupos de parejas en bailes o fiestas en que las personas con quien menos bailan es con su pareja. Es **EA**, cuando una pareja interactúa y se les ve con otros miembros de parejas en actividades sociales.

En el área eróticosexual, **EESF** se refiere al estímulo sexual efectivo que establece la idea de tener una relación sexual con la pareja de la otra persona, y que la pareja propia haga lo mismo con el miembro correspondiente de la otra.

Esta expresión comportamental de la sexualidad es más frecuente de que lo suele pensarse. En muchos países, las parejas que gustan de esta actividad tienen clubes y frecuentan reuniones de grupos de personas que tienen esta expresión como **EESP** o **EESPR**. Hay incluso centros nocturnos donde esta expresión y la polirrelación unida a la escotofilia y exhibicionismo se presentan en forma abierta.

EESE se presenta con menos frecuencia, ya que casi todos los que practican la polirrelación, como el intercambio de parejas, por lo general utilizan ésta aunada a la escoptofilia a nivel de fantasía como elemento enriquecedor que aumenta su excitación sexual con su propia pareja.

Esta expresión es, en la mayor parte de los casos, voluntaria; no plantea ni molestia o disgusta a los que la practican y, mucho menos, se convierte en un delito.

En la actualidad, esta expresión está muy difundida a través de los grupos denominados *swingers*. Grupos y clubes proliferan en todo el mundo, y ello motivó que nos interesara realizar un estudio sobre estas personas. (Álvarez-Gayou y Millán, 2008).

La investigación de corte cualitativo se realizó por medio del contacto con el auditorio de un programa de swingers de una estación de radio por Internet. Contestaron el cuestionario abierto 157 personas, 136 varones y 21 mujeres.

Se trató de un grupo de participantes de nivel socioeconómico medio alto y alto: 53.5% con ingreso superior a 10 salarios mínimos y 38% entre 4 y 10 salarios mínimos; 122 casados y 35 solteros; 52.9% sólo han tenido un matrimonio, 24.2% dos matrimonios y tres o más matrimonios el 22%, y 70% lleva más de siete años con su pareja actual.

El grueso de los participantes son católicos; 73% asisten a servicios en ocasiones o por compromiso y 11% nunca; 20% tuvo su primera experiencia *swinger* hace menos de un año, 29% entre uno y tres años y el 50% tuvo su primera experiencia hace más de tres años. El 70% acude a encuentros *swinger* ocasionalmente y el 23% cada semana o cada mes; 74.5% acude con su esposa o pareja fija y el resto con amigas u otras personas.

De los que respondieron, 12% tiene un hijo(a), 46% dos o tres hijos, 33% no tienen hijos y el resto más de tres.

Independientemente de que se puede consultar el estudio completo publicado, veremos algunos resultados interesantes. Por ejemplo, al preguntar sobre el motivo para la primera experiencia *swinger* o la definición de este término; las respuestas fueron (se hace notar que se incluyen citas textuales que ejemplifican las afirmaciones de cada categoría):³

- Predomina con 44 afirmaciones la categoría curiosidad
“por curiosidad de experimentar cuestiones nuevas ante la vida como pareja”
“quería gozar mas el sexo sin engañar a mi marido, quería cumplir todos mis deseos sexuales y no quedarme con las ganas como muchas mujeres se quedan sin hacer todo lo que quieren y así se mueren ,desdichadas”.
- La segunda categoría con 37 afirmaciones fue la de hacer algo nuevo, algo diferente
“Buscar nuevas experiencias el deseo de ampliar nuestro horizontes sexuales”
“Experimentacion en pareja, busqueda de diversidad, exploracion de nuestros sentimientos de propiedad e inseguridades”
- Una tercera categoría con 21 afirmaciones fue la de realizar fantasías que bien podría unirse con la anterior
“Fantasías en común con mi pareja”

³ Como es costumbre en los informes cualitativos, las citas son textuales y no se modifica nada, aun existiendo faltas de ortografía o de redacción. (Álvarez-Gayou, J.L., 2004)

“Hacer realidad la fantasía de participar en sexo de grupo”

“llevar a cabo fantasías mutuas”

- En 19 ocasiones se mencionó que la experiencia fortalece a la pareja, y en 17 ocasiones se dijo que la experiencia debe ser sexual sin sentimientos ni compromiso
“compartir juntos experiencias que normalmente el hombre tiene por su cuenta y renovar la relación sexual en pareja”
“el darle novedad a nuestros encuentros”
“...y agregar nuevos incentivos a nuestras relaciones sexuales”
“la necesidad de satisfacer aun mas a mi pareja”
“la oportunidad de tener sexo con otras personas sin el involucramiento sentimental”
“simple placer carnal sin involucrar sentimientos”
“un intercambio meramente sexual”
- Las personas *swingers* se ven en la necesidad de ocultar su estilo de vida por temor a ser mal vistos, incomprensidos y estigmatizados socialmente, por ejemplo:
- Abrumadora fue la respuesta de que no lo practican con otros, exclusivamente con personas del mismo ambiente
“no, porque la gente puede tomarlo a mal y desafortunadamente no se puede confiar en toda la gente”
“regularmente no, por que las personas que conozco siempre critican esta forma de ser y como es lógico tengo que compartir en el trabajo con ellos y no quiero ser marginado por mi forma de ser”
“no solo con swingers”
“con personas del ambiente solamente”
- Consideran que son vistos como desviados, perversos, promiscuos, vulgares, inconsistentes, locos, la gente lo critica por que no lo entiende.
“pues la realidad es q la sociedad quiere volverse sw en su mayoría pero no lo admiten”
“desafortunadamente nuestra sociedad es muy mojigata y se asustan de todo aunque en la privacidad de las personas sea distinta”
- Por último, fue muy claro que los participantes siempre buscan realizar todas las actividades con la pareja y nunca de manera individual, además de mencionar lo importante que es el que no haya vínculos emocionales o afectivos:
“participar siempre los dos, y nunca separarnos en un encuentro”
“siempre en el mismo cuarto los dos”
“que siempre lo vamos hacer juntos”
“que solo es sexo y solo eso y no nos relacionamos sentimentalmente”
“no involucrarte mas alla de lo que pase entre las 4 paredes”
“nunca a solas, cero mentiras”
“Siempre jugamos juntos, nunca cada quien por nuestro lado”
“participar siempre los dos, y nunca separarnos en un encuentro”

Las conclusiones del estudio fueron:

- El estilo de vida *swinger* parece estar fuertemente vinculado con el reforzamiento de la pareja. Esto hace pensar en los *swingers* como personas altamente conservadoras.

- La falta de estudios y el desconocimiento de este estilo de vida hace que la sociedad los margine y estigmatice como a muchas de las diversidades sexuales.
- Se trata de un grupo en el que predomina la práctica del sexo seguro y el respeto a la voluntad de los participantes.
- Es importante estudiar a otros grupos de otros estratos, para realizar una radiografía más amplia del creciente fenómeno *swinger*.

Por último, otra reflexión que surge a raíz de esta expresión comportamental y su gran proliferación, tiene que ver, junto con la creciente prevalencia de divorcios en muchos países y la tendencia en muchos jóvenes a no buscar la nupcialidad, es que existe una crisis de la pareja monogámica actual.

Relación a primera vista (sin conocimiento de la otra persona)

Expresión de la sexualidad en la que se obtiene gusto por entablar relaciones con una persona que no se conocía previamente.

Todos alguna vez hemos entablado plática en un café o bar con una persona que no conocíamos, para después despedirnos y quizá no volver a verla. Esta circunstancia constituye **EM** de la relación a primera vista. El nivel acentuado, **EA**, se observa en personas que tienen notoria preferencia por establecer este tipo de encuentros. Un ejemplo típico pueden ser los individuos recurrentes a ciertos bares o cantinas que establecen relación con los parroquianos nuevos que aparecen por allí.

En **EESF** se encuentran personas que tienen como estímulo sexual efectivo la imagen de una relación sexual con una persona desconocida. Este nivel se encuentra en muchos varones y mujeres que sueñan y buscan el encuentro ocasional con una persona que les atraiga físicamente, y que sin preámbulos lleguen a una relación eróticosexual; es lo que en México se conoce como “ligue”, y que la literatura y el cine contemporáneo recrea en algunas famosas películas eróticas.

Cuando la persona ha tenido alguna experiencia de este tipo, se encuentra en **EESM**; si tiene gusto mayor por este tipo de expresión en **EESP**; cuando en el recuento de sus expresiones comportamentales prevalece en forma importante está en **EESPR**; por último, cuando sólo esta expresión se constituye en estímulo sexual efectivo.

Travestismo

Expresión comportamental de la sexualidad en la que los individuos gustan de utilizar prendas, manierismos, expresiones, accesorios, adornos, lenguaje e incluso comportamientos característicos del otro sexo, en la cultura de la propia persona.

EM, por ejemplo, una mujer usa pantalones o un hombre anillos, adornos colgados al cuello o se pulen o barnizan las uñas. **EA** se refiere al gusto por vestirse por completo con ropas y accesorios del otro sexo (travestirse), pero sin que ello conduzca a una excita-

ción u orgasmo. Es pertinente aclarar aquí que el travestismo no implica necesariamente homosexualidad y viceversa. Cuando el travestismo tiene como finalidad la excitación sexual o búsqueda del orgasmo ocupa uno de los niveles del área erótico-sexual de acuerdo a los criterios ya citados.

Dentro de esta expresión se incluyen los manierismos y expresiones que utilizan sujetos “amanerados”. Estas formas de travestismo en cuanto a expresiones corporales o verbales pueden, según su intensidad e intención, caer en el área erótico-sexual o no y, al igual que en el caso anterior, tampoco se relacionan necesariamente con la homosexualidad.

Rinofilia

Es la expresión comportamental de la sexualidad que consiste en el gusto por los olores. No se limita sólo a los considerados placenteros; en especial son personas en quienes el olfato juega un papel importante. Al igual que con las expresiones anteriores, todos los seres humanos tienen algún grado de rinofilia.

Como se mencionó en varias ocasiones, el grado en que ésta o las demás expresiones crean conflicto, incomodidad o molestia al individuo es variable en cada persona, y puede presentarse; en algunos casos, aun EM puede incomodar a alguien. En cualquier situación, el deber del profesional es ayudar a la persona que lo consulta por la incomodidad y sobre todo, libre de prejuicios y valorando el hecho de que en materia de sexualidad, existe una variedad infinita de posibilidades expresivas comportamentales, por lo que un espectro individual de expresión sexual difícilmente será aplicado a otra persona.

Que una o varias expresiones se consideren como conductas delictivas, varía de una sociedad a otra, dependiendo del momento histórico en que se realice. Desde el punto de vista de la ética humanista que debe seguir el sexoterapeuta, sólo serán censurables los comportamientos que dañen a terceros o en los que se obligue a participar a otros en contra de su voluntad.

En el esquema propuesto, resulta importante resaltar algunos hechos. Para la presentación en este texto se han separado las expresiones para su análisis individual; sin embargo, en la vida real y en la clínica, la observación indica que con frecuencia existen combinaciones de expresiones. Éste es el caso de la urofilia y coprofilia, que de alguna manera, por el contexto degradante que tiene en nuestra cultura ser orinado o defecado, pueden constituirse en expresiones que simultáneamente expresan otras, como el sadomasoquismo.

Otra situación que puede encontrarse en la práctica clínica se refiere al hecho de que una o varias de las expresiones comportamentales pueden, en algunos casos, ser EESPR o EESE pero sólo a nivel fantasía.

Por ejemplo, el caso de un paciente que planteó como motivo de consulta “sufrí una terrible aberración, sólo me excito golpeando las nalgas de las mujeres” (EESE-sadismo). En la entrevista surgió que nunca lo había realizado, y la única vez que lo intentó, con la anuencia de su compañera, no obtuvo estímulo efectivo por lo que su expresión comportamental sádica será a nivel exclusivo, pero de fantasía (EESE/F) El caso se reseña completo en el apéndice de casos clínicos.

También puede haber colocaciones intermedias entre los niveles propuestos. Un ejemplo son los esqueletos eróticos de las que habla en la sección de necrofilia. De hecho, se trata de la observación en vivo de personas o actos.

Es importante señalar otra peculiaridad de esta expresión, aun siendo de nivel **EESP**, **EESPR** o **EESE**, su erotización contendrá en sí el elemento de fantasía, ya que al momento de salir de la iconofilia o logofilia para actuar, deja de ser grafofilia.

Las representaciones gráficas y escritas que constituyen el estímulo sexual efectivo serán eróticas, lo que plantea la necesidad de valorar la subjetividad en cada persona, pues una pintura o fotografía puede ser considerada erótica por unos y no por otros. Lo mismo sucede con la escritura, sobre todo en la poesía erótica.

Son excepcionales las personas que se sienten molestas o a disgusto con esta expresión, salvo en **EESE**.

En cuanto a considerarla delictiva, en sí la expresión no lo es en nuestro medio, aunque ciertas legislaciones de criterio estrecho persisten en sus propósitos de censurar ciertas expresiones gráficas de la sexualidad con pretexto del daño social que provocan, desconociendo los hallazgos científicos que han demostrado lo inocuo de estas publicaciones y representaciones gráficas.

El presente esquema de estudio y comprensión de las expresiones comportamentales de la sexualidad permite al sexoterapeuta tener una visión global y objetiva del comportamiento de sus consultantes, a la vez que proporciona evaluaciones clínicas objetivas y libres de mitos y prejuicios que hasta ahora han acompañado a estos comportamientos.

Es imposible abordar todas las expresiones comportamentales de la sexualidad, como escribe Kinsey: "hay tantas expresiones de la sexualidad como individuos existen"; sin embargo, se ha incluido en el apéndice una lista con definiciones de las expresiones comportamentales más frecuentes.

Expresiograma

Con base en el modelo presentado para la comprensión de las expresiones comportamentales de la sexualidad, el autor ha creado un cuestionario y la expresión gráfica del mismo. El cuestionario por expresión permite a la persona entrevistada determinar si posee la expresión comportamental en cuestión; si la tiene en grado no erótico o eroticosexual y por último, en cuál de los niveles se encuentra.

La expresión gráfica de cada una de las expresiones en la persona en el continuo se hace por una gráfica de barras en la que a primera vista, tanto el paciente como el clínico pueden apreciar las expresiones sexuales. A esta gráfica de barras se le ha denominado: **expresiograma** (ver figura 4-2).

A la fecha, se ha realizado un estudio (Álvarez-Gayou, J.J.L y Millán, 2002) en el que se aplicaron un total de 271 expresiogramas a distintas muestras; 71 de ellos fueron aplicados en el estado de Jalisco, 14 en el D.F., 34 en Culiacán, Sinaloa, 21 en Acapulco, 49 en Colima; además, hubo 6 sujetos de Mérida, 5 de Pachuca, 4 del Edo. de México, 3 de Chilpancingo, 1 de Morelos, 1 de Chiapas, 1 de Veracruz y 1 de Guatemala. Un último grupo estuvo conformado por mujeres lesbianas (34) y bisexuales (22).

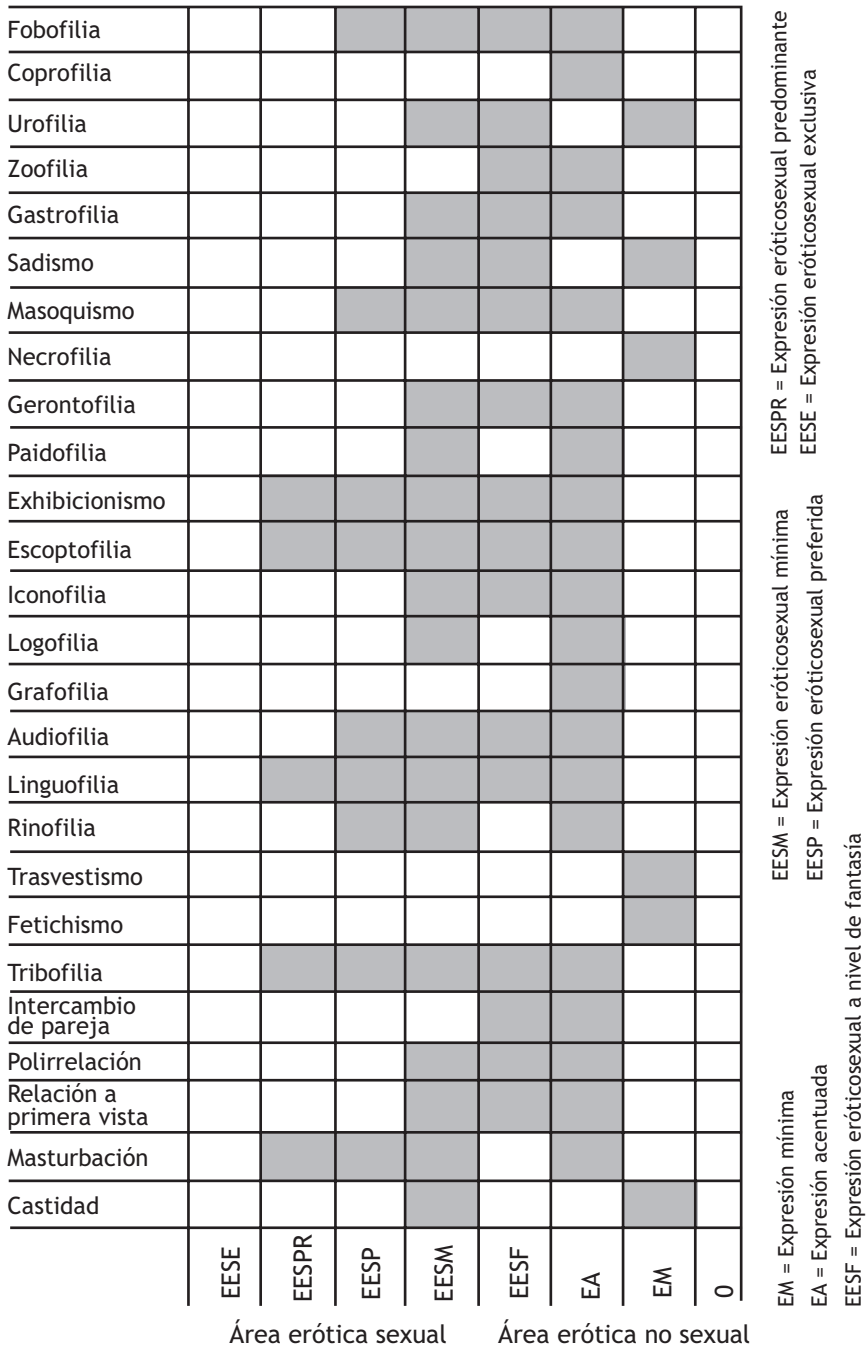


Figura 4-2. Expresiograma.

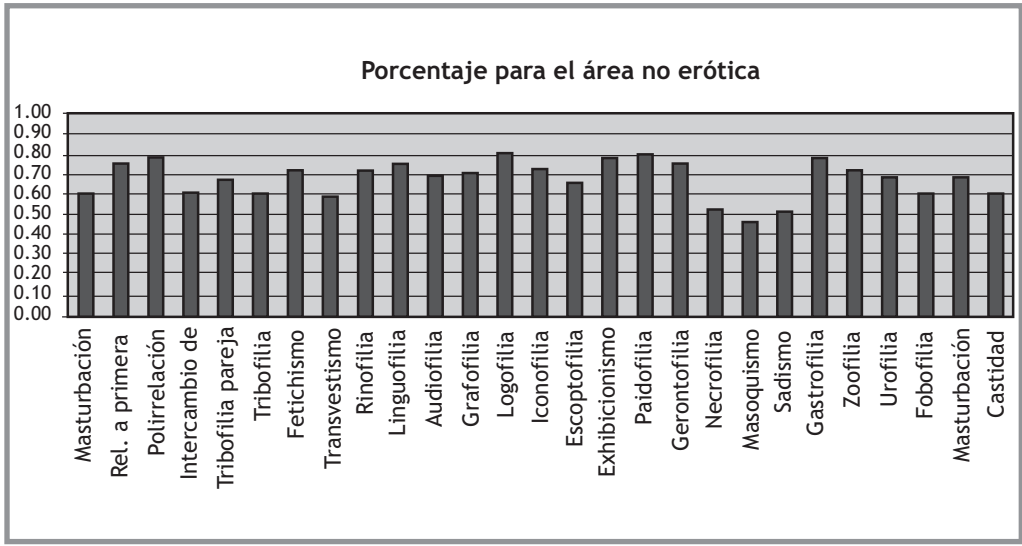


Figura 4-3. Gráfica de expresiones comportamentales.

Las expresiones que fueron marcadas con más frecuencia se ilustran en el cuadro 4-1.

Porcentaje	Expresión	Nivel
58.67%	Masturbación	Mínimo
44.65%	Iconofilia	Mínimo
43.54%	Rel. a primera vista	Fantasía
41.33%	Tribofilia activa	Preferente
40.96%	Tribofilia receptiva	Preferente
36.90%	Polirrelación	Fantasía
36.90%	Linguofilia	Mínimo
36.16%	Escoptofilia	Mínimo
35.42%	Logofilia	Mínimo
35.06%	Rinofilia	Mínimo

Los porcentajes de personas que marcaron los números 1 y 2 (no erótico) se muestran en la figura 4-3.

Las expresiones de mayor prevalencia en las mujeres se presentan en el cuadro 4-2, y en los varones en el cuadro 4-3.

Es interesante ver lo que más prevaleció por género en el ámbito de lo erótico (cuadros 4-4 y cuadro 4-5).

Cuadro 4-2. Expresiones comportamentales en mujeres

Lugar que ocupa	Expresiones	Nivel erótico	Porcentaje de personas que marcaron esta opción
1	Masturbación	Mínimo	62.56%
14	Iconofilia	Mínimo	44.55%
15	Relación a primera vista	Fantasía	44.08%
24	Tribofilia receptiva	Preferente	39.81%
27	Tribofilia activa	Preferente	39.34%

Cuadro 4-3. Expresiones comportamentales en varones

Lugar que ocupa	Expresiones	Nivel erótico	Porcentaje de personas que marcaron esta opción
7	Tribofilia activa	Preferente	50.00%
8	Iconofilia	Mínimo	48.21%
11	Masturbación	Mínimo	44.64%
12	Tribofilia receptiva	Preferente	44.64%
17	Polirrelación	Fantasía	41.07%

Cuadro 4-4. Prevalencia de expresiones comportamentales en mujeres

Expresión	Nivel	Porcentaje de personas que marcaron esta opción
Relación a primera vista	Fantasía	44.08%
Masturbación	Mínimo	62.56%
Tribofilia receptiva	Preferente	39.81%
Tribofilia receptiva	Predominante	32.70%

Cuadro 4-5. Prevalencia de expresiones comportamentales en varones

Expresión	Nivel	Porcentaje de personas que marcaron esta opción
Polirrelación	Fantasía	41.07%
Iconofilia	Mínimo	48.21%
Tribofilia activa	Preferente	50.00%
Tribofilia receptiva	Predominante	21.43%

Todo lo expuesto nos ha permitido obtener algunas conclusiones, las principales son: a) la hipótesis de que estas expresiones se encuentran en todas las personas; en algunos de los niveles es válida, pues en ocasiones sólo una persona se califica en el 0; b) el expresiograma tiene una incalculable utilidad clínica para conocer las expresiones de un consultante y los niveles en los cuales las ha desarrollado; c) con los grupos de estudiantes de sexología en quienes se ha aplicado, funciona como una actividad propiciadora de un autoanálisis e introspección que coadyuva al conocimiento y aceptación de la propia sexualidad. Cuando los alumnos comparan sus expresiogramas, se propicia la aceptación de la sexualidad de otros.

5 Respuesta sexual y sus disfunciones

Aspectos generales

Investigaciones recientes han demostrado que el feto masculino tiene erecciones aun antes de nacer. A menudo, los recién nacidos experimentan erección y las niñas lubricación vaginal cuando se les cambia de pañal. Durante su desarrollo, los seres humanos perciben fenómenos y cambios corporales de carácter sexual, que se identifican como “estar excitado”.

Por mucho tiempo, el conocimiento científico acerca de estos fenómenos era casi igual al popular, y no fue hasta que hubo investigadores interesados en el tema, que se logró una comprensión analítica y fisiológica de las fases del fenómeno sexual. El paso inicial, y más importante para el conocimiento de la fisiología sexual, fue la investigación que durante 10 años realizaron William H. Masters y Virginia Johnson, la cual culminó en 1966 con la publicación de su libro *La Respuesta Sexual Humana*. Estos investigadores detectaron y sistematizaron los cambios a nivel genital y sistémico en ambos sexos, y crearon el modelo de la respuesta sexual humana, que expusieron con una gráfica de cuatro fases: **excitación, meseta, orgasmo y resolución** (ver figura 1-4). Este modelo es invaluable para comprender la fisiología de las disfunciones y determinar estrategias terapéuticas; es importante tener en mente que las fases no son más que una conceptualización esquemática de fenómenos fisiológicos y que, muchas veces, el paso de una fase a otra no se observa con claridad, sino que existe cierto traslapo; además, puede haber variaciones de un individuo a otro.

A cualquier situación que provoca una respuesta sexual en un ser humano se le denomina **estímulo sexual efectivo (ESE)**. Puede ser de diversos tipos, de acuerdo a su procedencia y vías de captación del organismo.

De este modo, los estímulos pueden considerarse: a) reflexogénicos y b) psicogénicos; a su vez, en cada una de las categorías pueden ser **interoceptivos** o **exteroceptivos** (ver cuadro 5-1), ya sea que provengan del propio organismo o del exterior.

Cuadro 5-1. Estímulos reflexogénicos y psicogénicos. (Propuesta y tomada de Chávez-Oscar)

	Reflexogénico	Psicogénico
Exteroceptivos	<ul style="list-style-type: none"> –Estímulo a genitales –Tocamiento 	<ul style="list-style-type: none"> –Olfato –Visita –Gusto –Oído
Interoceptivos	<ul style="list-style-type: none"> –Estímulo a nervios pudendos –Llenado de vejiga 	<ul style="list-style-type: none"> –Fantasías –Recuerdos –Sueños

Cortesía de Dr. Óscar Chávez Lanz

En los estímulos reflejos (reflexogénicos) participan las vías aferentes y eferentes que llegan al centro erector inferior en la médula espinal a la altura de S-2, S-3 y S-4. Las vías aferentes están formadas por los nervios pudendos, y las eferentes por las ramas parasimpáticas que emergen de estos sectores y que se denominan **nervios erigentes** o **erectores** (ver figura 5-1).

Lo anterior se apoya en la observación clínica de sujetos con destrucción bilateral de los nervios pudendos y pérdida de la capacidad de erección refleja. Por otro lado, más de 90% de los varones con lesiones medulares por arriba de los segmentos sacros conservan la capacidad de tener erecciones reflejas. De este modo, los estímulos **reflexogénicos exteroceptivos** son los que provienen del exterior, como la estimulación genital táctil o de otro tipo. Ésta puede ser la manera con la que se provoca la erección en los niños cuando se les cambia de pañal o cuando las madres, principalmente campesinas, los masturban para que se tranquilicen y duerman. En cambio, los estímulos **reflexogénicos interoceptivos** son los que provienen de algún fenómeno local que provoca el reflejo; por ejemplo, la erección matutina que casi todos los varones presentan al despertar y que se origina por el estímulo que provoca la vejiga urinaria llena sobre los nervios pudendos. Debe señalarse que, en fecha reciente, algunos autores han cuestionado este mecanismo.

Por otro lado, los estímulos psicogénicos provienen de centros cerebrales y provocan la respuesta por medio de las vías eferentes mencionadas. Los estímulos **psicogénicos exteroceptivos** proceden del exterior y se perciben por los órganos de los sentidos. En este grupo, los estímulos visuales, auditivos, olfativos, gustativos y táctiles no provocan respuestas reflejas específicas como las analizadas con anterioridad. Los estímulos **psicogénicos interoceptivos** son los que se originan en los centros superiores, como los recuerdos, sueños o el amplísimo campo de las fantasías.

El mecanismo que con frecuencia se produce como estímulo sexual efectivo (ESE) se debe, en casi todos los casos, a la acción sinérgica tanto de estímulos reflexogénicos exteroceptivos como interoceptivos.

Además, la existencia de un segundo centro medular para la erección se confirmó por la observación clínica de que 25% de los pacientes con lesión total de neurona motora

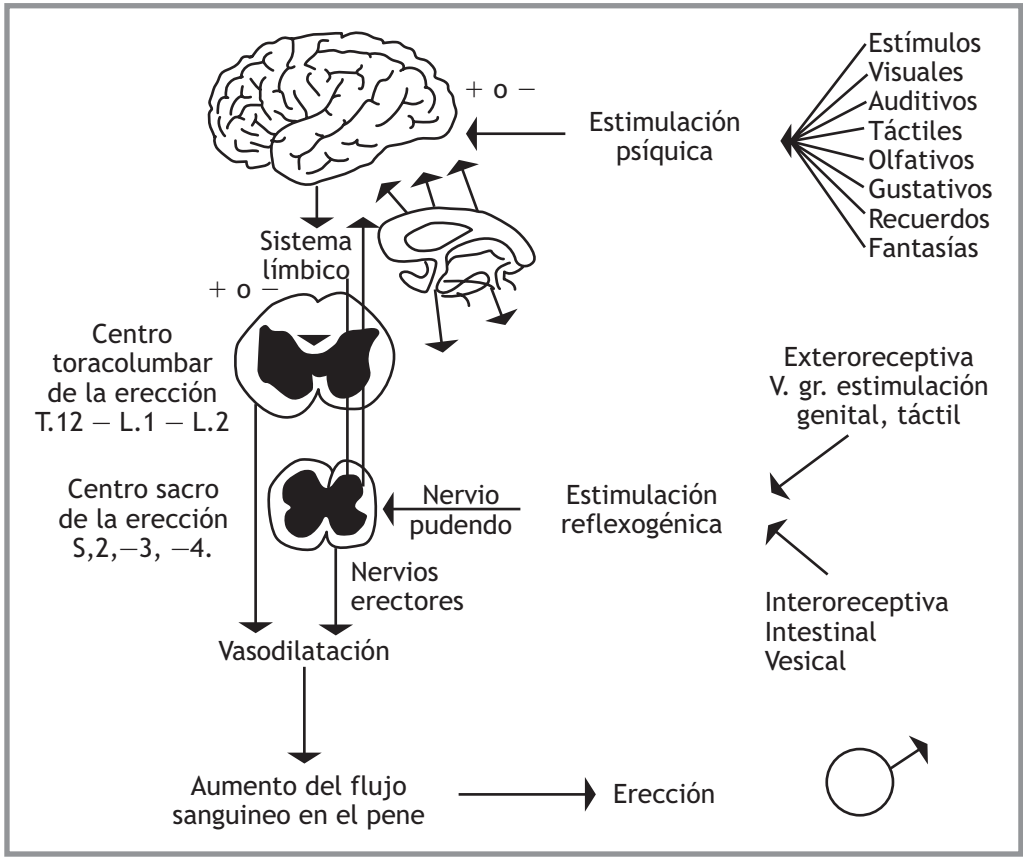


Figura 5-1. Mecanismos neurofisiológicos de la respuesta sexual.

© Editorial El Manual Moderno. Fotocopiar sin autorización es un delito.

inferior del segmento sacro logran erecciones por estímulos psicogénicos, pero no sucede lo mismo con estímulos reflexogénicos. Este centro se encuentra a nivel T-12 y L-1. Se ha propuesto que el mecanismo de transmisión de la información pudiera deberse que las fibras simpáticas de estos niveles contienen fibras adrenérgicas (vasoconstrictoras) y colinérgicas (vasodilatadoras); de este modo, la acetilcolina como vasodilatador mediador pudiera ser activado en forma selectiva por estímulos psicogénicos.

Se piensa que las vías que comunican al cerebro con los centros toracolumbar y sacro, pasan por las columnas laterales de la médula espinal, cerca de las vías piramidales; esto aún no se ha demostrado.

Quizás el lector habrá notado que en esta sección nos hemos referido sólo a los estímulos sexuales efectivos (ESE) como provocadores de erección, y que los centros y nervios se denominan erigentes o erectores. Es notoria la falta de investigación sobre los mecanismos neurofisiológicos del sexo femenino, aunque hay razones para pensar que son los mismos, pero la respuesta que provocan no es eréctil, sino lubricación vaginal que, como se verá en detalle, es el equivalente fisiológico femenino de la erección.

Los estímulos sexuales efectivos (ESE) de cualquiera de los tipos mencionados inician en los organismos femenino y masculino una serie de respuestas y cambios a nivel genital y sistémico que, acompañados de percepciones subjetivas, permiten un análisis racional fisiológico de las disfunciones, diagnóstico y estrategias terapéuticas, en su caso.

En cuanto al deseo sexual femenino, hace poco se señaló mejoría en mujeres que lo presentan a partir de la menopausia o poshisterectomía total mediante el uso de dosis bajas de testosterona (Schwenkhagen, 2009), sobre todo en combinación con estrógenos (Segraves, 2008).

Excitación

Como se mencionó, cuando se establece el ESE la respuesta predominante en mujeres es la vasodilatación perineal mediada por el parasimpático que, junto con la vasocongestión, constituyen el fenómeno fisiológico fundamental de la fase de excitación.

La vasocongestión origina los dos fenómenos característicos de la excitación fisiológica; en el varón, la erección del pene por la plétora sanguínea en los cuerpos cavernosos.

Es importante hacer notar cómo se han dado grandes desarrollos en el conocimiento de la fisiología sexual masculina, sobre todo, de los mecanismos de la erección. No así de la mujer. Sin duda, esto no sólo es por los tintes sexistas de la ciencia, que es innegable que existen; además, tiene factores económicos multimillonarios que han llevado al desarrollo y ventas enormes de productos “erectógenos”.

Hecha esta salvedad, trataremos de actualizar al lector en los conocimientos actuales de la fisiología sexual masculina.

Pene

Está compuesto por dos estructuras funcionales: los dos cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso. Desde el punto de vista histológico, los tejidos de los cuerpos cavernosos son ramilletes de fibras musculares lisas en una matriz de colágeno. Entretejido en este parénquima está una compleja red de senos endoteliales o lagunas, arterias helicoidales y terminales nerviosas.

El pene está inervado por fibras nerviosas somáticas y autónomas. La parte de fibras sensoriales depende de las fibras somáticas que proporcionan fibras motoras a los músculos perineales. La contracción de la musculatura perineal produce un incremento temporal en la presión de los cuerpos y ayuda a la firmeza del pene en la erección.

La inervación es tanto simpática como parasimpática. La principal vía simpática se origina en la región intermediolateral de la médula sacra (S2-S4) y viaja por los nervios pélvicos para llevar la información vasodilatadora a los cuerpos del pene. Al parecer, el principal neurotransmisor es la acetilcolina.

La erección puede iniciarse con un episodio único de estimulación eléctrica y el mantenimiento de la erección se puede lograr con estimulaciones repetidas de 40 a 50 seg con periodos de latencia de 50 seg entre estímulos (Kandee, Kousa y Swerdlof, 2001).

La inervación simpática media la detumescencia después del orgasmo y, en ausencia de estímulo efectivo, mantiene al pene en estado flácido.

Mecanismos de acción de los productos erectógenos

La acetilcolina parece ser el neurotransmisor de las neuronas preganglionares parasimpáticas. Los neurotransmisores de las neuronas cortas posganglionares no se han definido del todo. La acetilcolina no parece influir la contractilidad del músculo liso de los cuerpos penianos directamente, pero sí lo hace a través de la activación de receptores colinérgicos de las células endoteliales. El óxido nítrico (ON) se ha identificado en el tejido corporal del pene y se cree que es el factor de relajación. El ON se sintetiza a partir de su precursor, la l-arginina, por la mediación de la enzima óxido nítrico sintetasa (ONS) (Rajfer, Aronson, Bush, Dorey & Ignarro, 1992).

Hay dos formas de ONS: el constitutivo, producido por las células endoteliales y las terminales nerviosas, y el inducible, al parecer sólo derivado de las células de músculo liso endoteliales. El ONS derivado de las células endoteliales y por las neuronas parasimpáticas no colinérgicas, que se difunde entre las células musculares adyacentes y activa la guanilil ciclasa soluble para incrementar la concentración de cGMP (guanosina monofosfato cíclica). Esta cGMP parece ser el principal efector de la relajación del músculo liso, mediante una vía de una cascada bioquímica de proteínas cinasas. Un procedimiento putativo para inducir la relajación del músculo liso es la fosforilación de cadenas como consecuencia de la disminución de reservas de calcio intracelular.

Aunque se han encontrado diversos tipos de isoenzimas fosfodiesterasas en los cuerpos cavernosos, se observó que la de tipo 5 era principal causa de la inactivación de la cGMP (Boolell, Allen, Ballard, Gepi-Attee, & Muirhead, Naylor, Osterloh & Gingell, 1996).

El sildenafil inhibe la PDE (fosfodiesterasa). De hecho, los inhibidores de la fosfodiesterasa surgen como medios fisiológicos para la inducción o prolongación de la erección. En síntesis, podemos decir que los fármacos erectógenos (sildenafil, tadalafil, y vardenafil tienen un mecanismo de acción que consiste en proteger contra la degradación a la cGMP por la fosfodiesterasa de tipo 5 en el cuerpo cavernoso. El óxido nítrico (ON) en el cuerpo cavernoso se une a los receptores de una enzima llamada **guanilato**, lo que provoca incremento de los niveles de cGMP y, con ello, relajación del músculo liso (vasodilatación) en los cojines internos de las arterias helicinas. La relajación del músculo liso lleva a la vasodilatación y aumenta el flujo sanguíneo hacia los tejidos esponjosos del pene, lo que origina la erección.

Como se mencionó, la investigación en cuanto a la fisiología sexual femenina va bastante a la zaga de la investigación de la erección. La lubricación vaginal, a pesar de que su mecanismo real aún no se conoce por completo, Masters y Johnson la explican como un trasudado del epitelio vaginal, pues las glándulas vaginales y cervicales no pueden secretar los volúmenes de moco que producen muchas mujeres. El epitelio vaginal es de tipo plano estratificado; este tipo de epitelio no trasuda el volumen que sugiere. La respuesta quizá esté en la presencia de tejido glandular intersticial, lo cual tendría que demostrarse. Otros cambios en los órganos sexuales femeninos durante la fase de excitación son: aumento de volumen y separación de los labios mayores por congestión, aumento de volumen de labios menores, el útero toma una posición vertical y provoca un desplazamiento anterior del cuello, que a su vez origina expansión bulbosa del fondo vaginal. El clítoris se agranda,

más en diámetro que en longitud, por lo que no constituye una erección del mismo, como se piensa con frecuencia, y tampoco equivale a la erección masculina.

Se sabe que el clítoris es un órgano complejo que tiene más de 18 estructuras que lo conforman y contiene más de 8 000 fibras nerviosas (Berman y Bassuk, 2002). Al parecer, su único propósito es el de producir placer y la mayoría de las mujeres requiere estimulación del clítoris para lograr experimentar un orgasmo; además, se ha postulado que menos de un tercio de las mujeres tiene orgasmos exclusivamente por la penetración (Basson, 2001).

En general, la mujer tiene, durante la excitación, erección de los pezones, aumento de volumen mamario y, en la fase final, puede notarse la red venosa superficial de las mamas.

En el varón, a la vez que ocurre la erección, se produce tensión de la piel del escroto y aplanamiento del mismo al engrosar el tegumento interno. Los testículos se elevan al acortarse los cordones espermáticos por la contracción involuntaria de los músculos cremastéricos. También hay erección de los pezones.

Desde el punto de vista subjetivo, la fase de excitación se percibe como aumento de tensión placentera que incrementa la excitación y se acompaña del deseo de aumentar las caricias o estímulos.

Meseta

Si el estímulo sexual continúa siendo efectivo, se llega al punto máximo de la excitación y se pasa entonces a la fase de meseta. Ésta es una fase de transición hasta que se llega al umbral donde se desencadena el orgasmo.

En la mujer, el cambio principal de esta fase es el aumento de la vasocongestión en el tercio externo de la vagina, lo que disminuye la luz vaginal. Este fenómeno se considera premonitorio del orgasmo femenino y se conoce como plataforma orgásmica. A este respecto, la creencia de la mayor o menor eficacia estimuladora de un pene más grande o más pequeño; observación queda sin sustento por tres factores: a) la plataforma orgásmica, b) el incremento aun mayor que ocurre en el fondo vaginal a partir de la expansión bulbosa, y c) la poca inervación del fondo del saco vaginal con respecto al tercio distal. Cuando la fase de meseta es prolongada puede disminuir la lubricación, lo que no significa pérdida de excitación, pero en ocasiones origina dispareunia de fase de meseta tardía.

Otro suceso que a veces puede confundirse con pérdida de la excitación es la retracción que sufre el clítoris en la meseta tardía a pesar de la retracción; el clítoris no pierde sensibilidad y puede seguir siendo estimulado. La tumefacción areolar en esta fase en ocasiones puede hacer pensar que ha desaparecido la erección de los pezones, que también puede confundirse con pérdida de excitación.

De 50 a 75% de las mujeres presentan un moteado rosáceo en la piel de la región precordial que se inicia en el epigastrio y es continuación del eritema de la excitación.

En el varón, los cambios son mínimos en esta fase: pequeño incremento del diámetro de la corona del glande, elevación de testículos y, en algunos, salida a través del meato urinario de unas gotas de líquido que proviene de las glándulas bulbouretrales. En esta emisión puede haber espermatozoides vivos.

Tanto en el varón como en la mujer, esta fase se caracteriza por miotonía generalizada, taquicardia que varía de 100 a 75 por minuto, hipertensión arterial, aumento de la presión sistólica entre 20 y 80 mmHg y de la diastólica de 10 a 40 mmHg; también puede haber hiperventilación. Gran parte de estos cambios generalizados se presentan en la meseta tardía.

En cuanto a la percepción subjetiva, la tensión aumenta y puede presentarse el urgente deseo de penetrar y ser penetrado.

Orgasmo

Al igual que en las fases de excitación y meseta, en el orgasmo, los fenómenos fisiológicos son la vasocongestión, contracciones mioclónicas rítmicas que se producen en las musculaturas vaginal, uretral, perineal, así como en órganos y músculos circundantes. Ocurren de 3 a 15 contracciones, siendo las primeras a intervalos de 8 seg, disminuyendo de intensidad y frecuencia. En el varón, las contracciones expulsan el semen. Esto hace que la eyaculación tenga características especiales. Al iniciarse, el semen -constituido principalmente por las secreciones de las vesículas seminales, el conducto deferente y la próstata- es impulsado hasta la porción peneana de la uretra y provoca la sensación eyaculatoria inminente; sin embargo, hay retardo de unos segundos hasta su aparición en el meato urinario. Ese retardo origina la sensación de inevitabilidad eyaculatoria.

Hace poco se pensaba que, en el varón, la eyaculación y el orgasmo eran sinónimos. En realidad, pueden ser fenómenos separados, aunque casi siempre simultáneos. En 1978, Robbins y Jensen demostraron que hay individuos que ejercen control voluntario sobre la eyaculación y que son capaces de tener entre 3 y 10 orgasmos en un coito antes de eyacular. Por otro lado, datos clínicos muestran que puede haber eyaculación sin orgasmo, incluso sin erección. Este dato plantea una semejanza entre las respuestas sexuales masculinas y femeninas, puesto que pone en duda la creencia de que sólo la mujer es capaz de ser multiorgásmica. Como se expone más adelante, es claro que las diferencias entre las respuestas sexuales de varones y mujeres son de origen social y cultural.

En la mujer, las contracciones musculares características de esta fase son muy similares a las del varón.

Algunos autores dirían que la similitud termina en cuanto que la mujer no eyacula. Sin embargo, Sevely, Lowndes & Bennet (1978) plantearon la posibilidad de que haya una eyaculación en la mujer a través de la uretra durante el orgasmo. Sustentan su hipótesis en la existencia, demostrada histológicamente, de tejido glandular diseminado en los intersticios periuretrales que consideran como un remanente de glándula prostática en la mujer. En el varón, la eyaculación proviene de conductos deferentes, vesículas seminales y próstata; la “próstata femenina”, como la llaman estos autores, puede originar esas eyaculaciones, según datos clínicos y publicaciones al respecto.

Esto se ha estudiado con mayor profundidad y vinculado a la existencia del punto de Graffenberg (Laddas *et al.*, 1983) conocido como “punto G”; que corresponde a una zona muy inervada situada en la pared anterior de la vagina, por detrás y a la altura del pubis; su estimulación produce sensaciones intensas, algunas mujeres refieren (lo que les provoca temor) la sensación de orinar. Si la estimulación continúa, puede sobrevenir una eyaculación, que no consiste en orina. Es importante señalar que no todas las mujeres tienen “punto G” ni presentan esta respuesta. Pero sí es un hecho que esta parte de la vagina es de mayor sensibilidad en todas las mujeres. Este dato ha sido refrendado, en fecha más reciente, por los mismos autores (Ladas, Whipple & Perry, 2005). Durante el orgasmo, los músculos elevadores del ano se contraen en alrededor de 8 y 12 veces, seguidos por los músculos vaginales y uterinos. Si la estimulación se mantiene pueden presentarse orgasmos múltiples (Perry & Whipple, 1981).

En cuanto a mujeres mexicanas, de éstas 40.7% señala haber sentido el punto G una o varias veces, y casi siempre el 9%; respecto a la eyaculación femenina 37.8% la han presentado una o varias veces, casi siempre el 20.3%, y nunca el 40.8% (Álvarez-Gayou & Millán, 2002):

El orgasmo no es una reacción sólo genital, ya que en otras fases de la respuesta sexual hay una importante participación de otros órganos y sistemas. Se producen contracciones involuntarias de diversos grupos musculares periféricos y de la musculatura facial que, paradójicamente, provocan muecas y gestos que pudiera identificarse como dolor cuando se trata de uno de los momentos de mayor placer del ser humano. Cohen *et al.* (1976) demostraron cambios electroencefalográficos en la parte lateral hemisférica, en las frecuencias y tipos de actividad cerebral.

A pesar de los datos fisiológicos que se recopilen con respecto a esta fase, seguirá siendo importante el aspecto subjetivo de la percepción de la misma. No es el volumen eyaculado, ni el número de contracciones, ni la intensidad de las mismas, lo que hace que, por un lado, que haya orgasmos muy placenteros, en tanto que otros son sólo buenos, y en el otro extremo, mujeres que tienen orgasmos con todos los componentes fisiológicos y que en ningún momento tienen percepción subjetiva de placer, acuden a consulta por anorgasmia.

La percepción subjetiva del orgasmo puede estar influida por cualquier factor: pareja, ambiente, clima, hora, fantasía y mil más. A un nivel simple, es una sensación explosiva e incontrolable de liberación de tensión a través de un máximo de la misma, después de la cual queda una lasitud y tranquilidad total.

Es importante desmitificar lo que durante mucho tiempo e incluso en el imaginario social, ha permeado la idea de la existencia de dos orgasmos en la mujer, y lo que es peor, que uno es mejor o más sano que otro.

Hace años, para ser exactos a principios de siglo pasado, el eminente fundador del psicoanálisis, Sigmund Freud, postuló la existencia de dos tipos de orgasmos: el clitoridiano y el vaginal. Esta propuesta era congruente con muchos de los postulados de esta teoría psicológica y, si bien es cierto que en la actualidad no podría concebirse la psicología sin el antecedente del psicoanálisis, como dicen algunos, las teorías psicológicas pueden estar a favor o en contra del psicoanálisis pero nunca sin él.

Desde esa época han tenido lugar varios sucesos, entre otros, el que surgió a mediados del siglo pasado que es una nueva ciencia dedicada al estudio específico de la sexualidad humana, encabezada por Alfred Kinsey (desde la visión social) y por William Masters y Virginia Johnson (desde la fisiología sexual en mujeres y varones).

Estos últimos estudios han permitido conocer con gran detalle el funcionamiento fisiológico de lo que sucede a mujeres y varones cuando tienen un estímulo sexual efectivo, tanto en la dimensión local de los órganos sexuales como en la totalidad del organismo.

Basados en los estudios de Masters y Johnson, así como en investigaciones actuales sobre la fisiología sexual, sabemos que la respuesta orgásmica en la mujer es única de manera independiente de la cuál sea el estímulo que la provoca. Desde el punto de vista fisiológico, el orgasmo es una serie de contracciones musculares que se suceden cada 8 décimas de segundo, de mayor intensidad la primera y sucesivamente, siendo de menor intensidad las subsecuentes. Estas contracciones son liberadoras de la congestión que se generó en la excitación. La dimensión subjetiva, lo que las personas sienten y describen, en contraste

es muy variable en cada persona. Esta respuesta se obtiene tanto por la estimulación del clítoris como por ciertas zonas de la vagina; en algunos casos, por estimulaciones de otras partes del cuerpo o incluso por la fantasía simplemente.

Otro factor que conocemos en la actualidad es que las zonas más sensibles en las mujeres son el clítoris y la vagina, cuya zona más sensible a los estímulos es la cara anterior (la que está hacia el abdomen) y la otras zonas son mucho menos sensibles.

De lo anterior, podemos deducir que tal vez una de las formas menos efectivas que pueden existir para que una mujer logre el orgasmo, es mediante la penetración del pene. Esto debido a que al penetrar el pene no estimula el clítoris ni la cara anterior de la vagina. Por ello, muchas mujeres no logran la satisfacción orgásmica mediante la penetración, aunque sí la obtienen y, la mayor parte de las veces, muy intensa, por la estimulación adecuada del clítoris. También es cierto que muchas mujeres disfrutan enormemente de la penetración vaginal, aunque no se desencadene por este método el orgasmo. Esto fue ya referido en líneas anteriores.

Además, se considera que muchas mujeres sólo logran el orgasmo cuando ellas se estimulan, sobre todo si sus parejas no son sensibles a sus necesidades y sólo van de manera muy directa a la penetración.

Esta situación hace que, en la práctica clínica de la sexología, no sea raro que se nos consulte porque una mujer se siente disfuncional al no lograr el orgasmo mediante la penetración. Nada más alejado de una disfuncionalidad, que esta situación.

Lo importante en una relación sexual, además del vínculo, la cercanía, la comunicación y las caricias adecuadas es el logro del orgasmo, de manera independiente a cuál sea la caricia que lo origina.

De lo anterior, llegamos a la conclusión de que no existe un mejor o peor orgasmo, ni que uno sea expresión de una mayor o menor madurez.

Las ideas y conceptos del psicoanálisis, que sin duda revolucionaron el siglo XX en materia específica de la sexología, hoy en día, no son una realidad en cuanto al conocimiento actual.

Otra falacia muy generalizada y que origina muchos problemas en algunas parejas, es la búsqueda del logro de un orgasmo simultáneo, nada más difícil que eso, y hemos visto a muchísimas parejas sufrir disfunciones por la fútil búsqueda de esta simultaneidad.

Lo más importante es la comunicación en la pareja y el logro del orgasmo liberador, sin importar cuál sea el primero o cuál sea la forma de estimulación para su obtención.

Es interesante mencionar lo que Desmond Morris (2005) plantea al hablarnos de cuatro zonas altamente erógenas en la mujer: clítoris, punto U, punto G y punto A.

Del clítoris y del punto G ya hemos hablado. El punto U se refiere a un pequeño segmento de tejido eréctil sensible que se encuentra justo por arriba y a ambos lados del meato urinario, y se ha encontrado que la suave caricia de esta zona con los dedos, la punta del pene o la lengua genera una poderosa respuesta erótica en la mujer.

El punto A (zona erógena del fondo del saco o fórnix anterior) se refiere a una zona muy sensible localizada en la parte interior del conducto vaginal entre el cuello uterino y la vejiga. Algunos lo describen como la próstata femenina degenerada. Álvarez-Gayou plantea que la estimulación directa de esta zona produce contracciones orgásmicas violentas. Morris dice que esta zona fue descrita por un médico de Malasia, en Koala Lumpur en 1990 (Csatari & Antheil, 1996).

Resolución

Cuando los elementos orgásmicos han sucedido una o varias veces, sobreviene la fase de resolución que consiste en la evolución de los fenómenos que originaron las fases anteriores. Es el retorno a las condiciones basales. En la mujer, la plataforma orgásmica drena la vasocongestión, el útero vuelve a la posición de anterversión, la vagina y el clítoris disminuyen de tamaño, y los labios anteriores y mayores vuelven a su situación original. En el varón se pierde la erección en dos fases: una inicial rápida y parcial, y una final lenta que llega a la flaccidez total, hasta que los testículos descienden al escroto. En ambos sexos, los cambios generalizados retornan a las condiciones basales y puede aparecer una fina capa de sudación en todo el cuerpo.

Fase refractaria

En ambos sexos, después de la resolución, se presenta una fase en la que el umbral de respuesta a un estímulo sexual es alto, y se denomina periodo refractario. Su duración es variable, más corta en jóvenes que en los individuos mayores. También se incrementa en el varón después de la primera eyacuación en una sola sesión de relación sexual.

Esta presentación pretende proporcionar una guía esquemática con un enfoque clínico para la evaluación de los casos y comprensión integral de la clasificación de las disfunciones.

Se mencionaba que era clásico describir cuatro diferencias entre las curvas de respuestas sexuales masculina y femenina: la masculina se considera más corta hasta el orgasmo, y en la mujer puede ser multiorgásmica; la resolución es más rápida en el varón y la refractaria es característicamente masculina.

Sin embargo, el análisis cuidadoso de estas discrepancias permite, en principio, negar que sean diferencias fisiológicas intrínsecas. La menor duración de la curva masculina hasta el orgasmo se debe al proceso educativo que condiciona al hombre a ser un eyacuador rápido, educación que da cuenta de un gran número de eyaculadores precoces. Del mismo modo, la curva femenina es de mayor duración por la negación y represión de la sexualidad en la mujer, que las hace tener un proceso lento de excitación y una meseta más prolongada.

Como se ha visto, el varón puede ser multiorgásmico en tanto no piense en la eyacuación como finalidad de la relación sexual y aprenda a desarrollar su potencialidad.

Respecto a la fase de resolución, Masters y Johnson observaron que la mayor o menor rapidez de la misma tiene relación directa con la duración de las fases de excitación y meseta. Por lo general, los varones de nuestra cultura están condicionados a fases de excitación y meseta muy breves, y las mujeres a fases prolongadas; por tanto, ellos tendrán resoluciones cortas y ellas largas.

Por último, el periodo refractario tiene relación con una actitud y educación respecto a la sexualidad erótica, a sus fines y desarrollo. En la medida que la educación de la sexualidad deje de plantear situaciones diferenciales drásticas entre varones y mujeres, se lograrán respuestas fisiológicas más naturales en uno y otro sexo. Esto evidenciará que las respuestas sexuales en ambos sexos tienen mayor similitud que lo que se piensa.

Clasificación de las disfunciones sexuales

Las disfunciones sexuales son alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan problemas y molestias al individuo o pareja.

El diagnóstico, comprensión y diseño de técnicas terapéuticas adecuadas se facilitarán cuando se comprenda más la fisiología de las disfunciones y los factores causales que deben ser considerados por el profesional de la salud en los niveles orgánico, psicológico y social.

En este estudio, Masters y Johnson sólo clasificaron las disfunciones como masculinas y femeninas. Después, Helen Kaplan (1974, 1975 y 1979), en un intento de clasificación fisiológica, las consideró como en aquéllas en que la alteración se encuentra ya sea en la fase vasocongestiva (excitación y meseta) o en la mioclónica (orgasmo), para agregar las que llamo alteraciones del deseo sexual. Desafortunadamente, estos enfoques resultan parciales, por lo que desde hace dos años se presentó y se utilizó la clasificación del autor, que ha demostrado ser comprensible y de mayor utilidad para la valoración fisiopatológica de los casos y diseño de estrategias terapéuticas eficaces.

En este sentido, se considera la curva clásica de la respuesta sexual propuesta por Masters y Johnson, a cuyas cuatro fases (excitación, meseta, orgasmo y resolución) se agregan dos fases: fase de estímulo sexual efectivo y fase refractaria. Para un análisis adecuado de las disfunciones de cada fase, bastará que se produzca un incremento o decremento en cada una de ellas (ver figura 5-2).

De este modo, se produce un **decremento** de la **fase de estímulo sexual efectivo (ESE)**, es decir, un aumento del umbral de respuesta. En cualquiera de los miembros de la pareja habrá disfunción, y en nuestra sociedad, es frecuente que se conciba como algo natural y a la que se denomina **apatía sexual**. Ésta se caracteriza por la falta de interés y pereza para responder a un estímulo sexual.

Cuando la disfunción consiste en incremento del deseo en uno de los miembros de la pareja, se le denomina **disritmia sexual**, manifestada por la insatisfacción que provoca a uno de los miembros de la pareja que el otro desee demasiado o no las relaciones sexuales.

Helen Kaplan (1979), en uno de sus últimos libros, hace un análisis interesante de la **apatía** y **disritmia**, a las que denomina deseo sexual inhibido o hipoactivo.

En cuanto a la fase de **excitación**, debe recordarse que el fenómeno predominante es la vasocongestión, cuyas manifestaciones son: lubricación vaginal y erección. Un **incremento** en esta fase no producirá propiamente una disfunción, ya que no es frecuente la consulta por “exceso de lubricación” o erecciones “demasiado firmes”. Conviene aquí aclarar algo referente al priapismo, que es una manifestación de diversos padecimientos generalizados que, en forma característica, no se acompaña de deseo sexual.

El **decremento** en la fase de excitación producirá ausencia o deficiencia de lubricación vaginal, es decir, **hipolubricación** y erecciones incompletas o ausentes, esto es, **incompetencia eréctil**.

En la fase de **meseta**, el incremento o el decremento se considera por el tiempo (duración de la fase) más que por la intensidad de la misma. El **incremento** provoca en el varón **incompetencia eyaculatoria**, y en la mujer **preorgasmia**. Debe señalarse que la incompetencia eyaculatoria es motivo de sufrimiento para el consultante. Por el contrario, la preorgasmia no es condición clásica de anorgasmia, ya que se trata de mujeres que no tienen trastornos en la fase orgásmica y, por tanto, no obtienen una prolongación de la meseta.

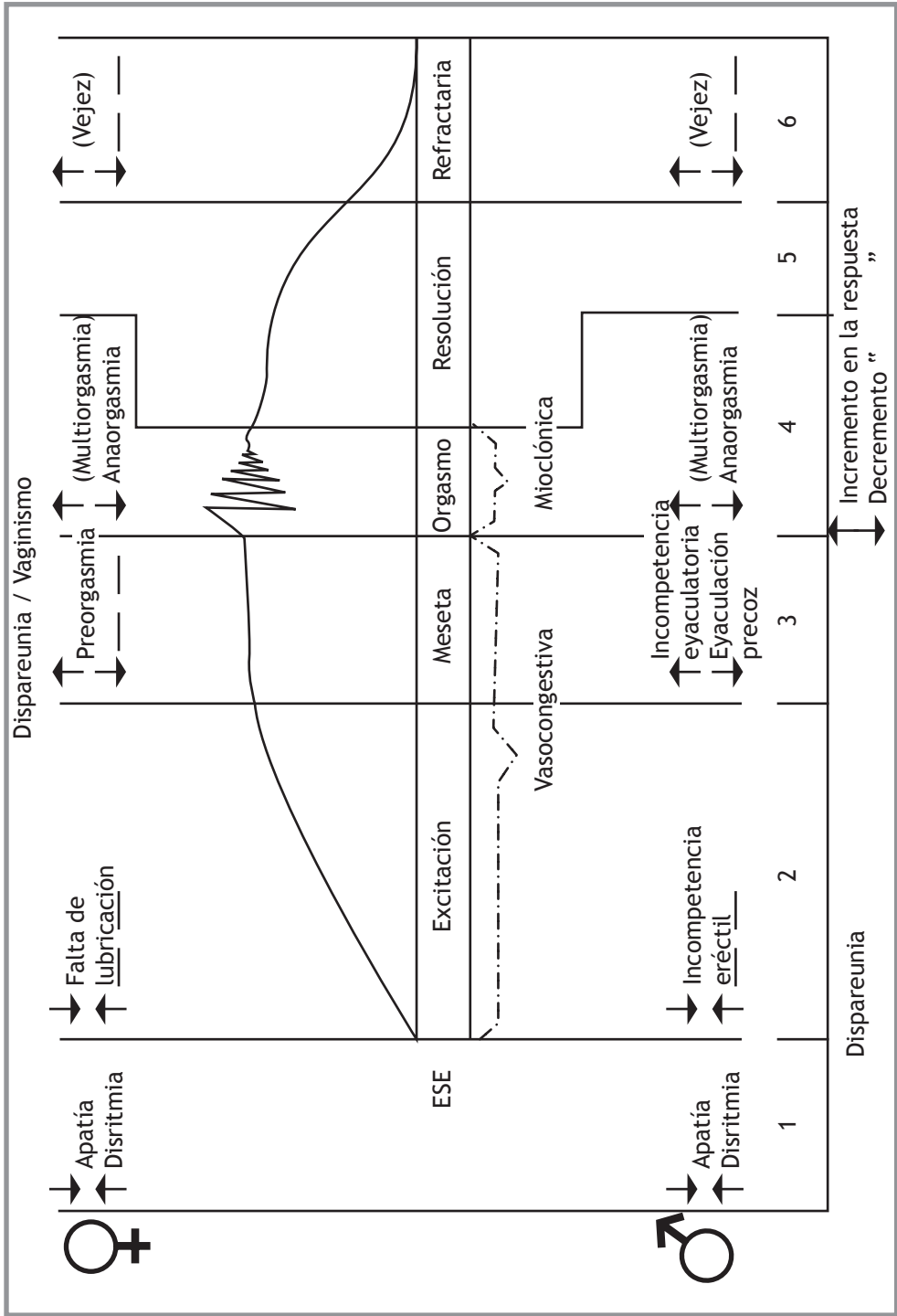


Figura 5-2. Clasificación fisiológica de las disfunciones sexuales. (Álvarez -Gayou y cols).

© Editorial *El Manual Moderno* Fotocopiar sin autorización es un delito.

También debe aclararse que el término **preorgasmia** no debe confundirse con la denominación que el grupo de terapeutas sexuales de California da a la anorgasmia. De acuerdo con nuestro esquema la anorgasmia es un trastorno de la fase de meseta (fase vasocongestiva) y la segunda de la fase de orgasmo (fase mioclónica). El equivalente de la preorgasmia en el varón es la incompetencia eyaculatoria; en tanto que la anorgasmia, como alteración de la fase mioclónica, puede ser común en ambos sexos. La preorgasmia femenina es el caso de una mujer que tiene deseo, se excita y súbitamente desaparece la excitación en la meseta, es como si se “apagara el switch” de manera brusca. No es lo mismo que la mujer que no pierde la excitación y no logra tener orgasmos.

El **decremento** en la duración de la fase de meseta provoca disfunción en el varón y no en la mujer. En aquél, la eyaculación se produce antes de la penetración o en el momento de ésta; el diagnóstico de la **eyaculación precoz** o discontrol eyaculatorio (Delfin, 1983) no presenta problemas. Por otro lado, en algunos casos difíciles se aplica el criterio diagnóstico propuesto por Masters y Johnson, el cual considera la dimensión de la pareja; se define eyaculador precoz a quien por esta causa no logra llevar al orgasmo a su pareja en 50% o más de los coitos, habiendo descartado preorgasmia o anorgasmia en la compañera.

En la fase de **orgasmo**, un **incremento** producirá un fenómeno llamado multiorgasmia en ambos sexos, y no es una disfunción. En cambio, el **decremento** constituye la **anorgasmia**.

Al principio del capítulo se mencionó que la eyaculación en el varón equivale al orgasmo en la mujer, que como se vio, es un concepto que ya no tiene validez y se sustenta hablar diferencialmente de alteraciones tanto en la eyaculación como en el orgasmo masculino.

El aumento en la fase de **resolución** no provoca disfunción por ser más rápida. En cambio, cuando es más lenta puede causar **dispareunia** en ambos sexos porque persiste la congestión en los tejidos y órganos pélvicos y perineales. Esta situación casi siempre es consecutiva a una anorgasmia que impide que las contracciones liberen la congestión. Otra situación que puede presentarse es la hipersensibilidad del pene o el clítoris, lo que provoca dolor al menor contacto durante esta fase.

El decremento o incremento del **periodo refractario** no produce disfunción, aunque puede ser motivo de consulta por parte de ancianos que piensan que la mayor duración es disfuncional, cuando es natural en la vejez, lo que no invalida la posibilidad de practicar su sexualidad.

Las dos disfunciones restantes son **dispareunia** y **vaginismo**, que no se consideran disfunciones específicas de alguna fase porque pueden presentarse en una o varias de éstas.

Es importante aclarar que la alteración de cualquiera de las fases necesariamente anula la posterior. Debe recordarse que los mecanismos neurológicos que median la respuesta sexual son diferentes para las fases vasocongestiva y mioclónica. De este modo, se puede tener el caso una mujer que secreta moco escaso, pero tiene orgasmos y, sin embargo, presenta dispareunia durante la excitación, meseta y orgasmo. Esta clasificación permite diferenciar el tipo de alteración.

Por otro lado, términos utilizados todavía, como frigidez, son inoperantes por ser inespecíficos. Al referirse a una mujer frígida no aclara si sufre apatía sexual, hipolubricación, preorgasmia o anorgasmia. Hoy en día, el término “frigidez” no es más específico en sexología que la expresión “dolor abdominal” en gastroenterología.

En general, se considera que las disfunciones pueden ser **primarias** cuando siempre han existido, o **secundarias** si aparecen después de un periodo de funcionamiento adecuado.

Asimismo, son **selectivas** si se presentan en una(s) persona(s) y en otra(s) no, y **situacionales** cuando se manifiestan sólo en determinadas circunstancias.

Por otro lado, puede considerarse que las disfunciones son **fisiológicas** cuando la causa es un impedimento para que se presenten los fenómenos fisiológicos, y **subjetivas** si aun existiendo las fisiológicas no hay percepción subjetiva del fenómeno, o sea la excitación y el orgasmo.

Prevalencia de las disfunciones

En México no se cuenta con datos confiables que permitan establecer la prevalencia de la **apatía** y **disritmia** sexuales, así como de otras disfunciones. Sin embargo, de la experiencia y observación clínicas, se infiere que la primera es muy generalizada y la segunda muy frecuente.

La **apatía** sexual ha sido denominada por Kaplan (1979) como deseo sexual hipoactivo o baja en la libido; Lief (1977) la denomina como deseo sexual inhibido. Este último autor demostró que 27.8% de 115 pacientes que acudieron al Centro de Asesoría Matrimonial de Filadelfia, se les diagnosticó deseo sexual inhibido o apatía sexual, con prevalencias de 37% en las mujeres y 18% en los varones.

No se dispone de estudios que permitan hablar con precisión sobre la prevalencia de la **disritmia** que, sin embargo, es común a la existencia de otras disfunciones.

En cuanto a la **incompetencia eréctil secundaria**, Kinsey estableció que se presenta en uno de cada 100 varones menores de 35 años, y afirma que a los 70 años de edad la padece un 25%. La primaria tiene una prevalencia mucho menor; Masters y Johnson consideraron incompetentes eréctiles primarios a 32 de 243 pacientes que consultaron.

En México, en cuanto a la disfunción eréctil (Álvarez-Gayou & Millán, 2002), las cifras son:

- 10.4% la ha presentado al menos cinco veces en su vida.
- 0.3% con frecuencia o casi siempre.
- 63.5% nunca le ha sucedido.

Es común, en materia de sexualidad y otros campos, cierta discriminación de la ciencia que ha puesto a la mujer en segundo plano y, por ende, no se cuenta con datos respecto a la prevalencia de la **hipolubricación**. La de la eyaculación precoz puede estimarse del dato de Kinsey, que encontró que tres de cada cuatro varones eyaculan antes de transcurrir 2 minutos después de la penetración. Si bien se reconoce que el criterio cronológico no es importante, no deja de ser valioso este dato, incluso si se considera la “duración mayor” de la fase de meseta en la mujer, a la que nos referimos. Otro dato reciente que contribuye a estimar la prevalencia de la eyaculación precoz es de Masters y Johnson; estos investigadores encontraron que de 448 varones tratados por ellos, 186 la padecían.

En México, en el estudio de comportamiento realizado en 1 200 personas (Álvarez-Gayou & Millán, 2002), se encontró que en las relaciones sexuales lo que ocurre con más frecuencia en cuanto a la eyaculación es:

- Eyaculan antes de penetrar: 0.6%
- Eyaculan inmediatamente al penetrar: 2%

- Después de penetrar, tardan entre 5 y 10 min en eyacular: 38.3%
- Tardan entre 10 y 20 min en eyacular: 31.3%
- Eyaculan cuando lo desean sin importar el tiempo: 25.6%

Un reciente estudio farmacológico, presentado por una firma transnacional, señala que un inhibidor de la recaptura de serotonina, la dapoxetina, se utiliza para obtener un efecto inmediato (similar al sildenafil). Los fabricantes de este producto hablan de un mayor control de la eyaculación y, al parecer, algunos estudios indican que se logra, en términos generales, aumento de duración de alrededor de 4 minutos (McMahon *et al.*, 2010; Kauffman *et al.*, 2009).

En cuanto a la incompetencia eyaculatoria, Kinsey la encontró en 1 de cada 700 individuos; Masters y Johnson en 17 de 448 sujetos (3.8%); Johnson en 3 de 76 pacientes (3.9%). Sin embargo, Kaplan y otros autores sugieren que este problema es más frecuente de lo que las estadísticas muestran, lo que es apoyado por un estudio de Geboes *et al.* (1979) en Bélgica, donde de 486 pacientes vistos en su clínica, 72 nunca habían eyaculado durante la masturbación o el coito.

Respecto a la anorgasmia (p. ej., en E UA), varios autores consignan sus datos: en 951, Ternian señala 18%; Kinsey, 28%; en 1973, Fisher, 5%; en 1976, Butler 8%. Datos de otros países son: Francia, 4%, y en Japón, 20%.

En México, Álvarez-Gayou & Millán (2002, encontraron, en cuanto a la frecuencia de orgasmos en las mujeres, las cifras siguientes:

- 31.2% nunca o rara vez lo ha tenido.
- 5.12% no tiene nunca un orgasmo en sus relaciones.
- 14.52% casi nunca tiene un orgasmo.
- 14.95% lo tiene la mitad de las veces.

En cuanto a la anorgasmia masculina, en EUA, Hunt (1972) encontró que es de 8% en varones mayores de 45 años, y Simón (Francia) informa de 2%. Se trata de individuos que aun eyaculando, no sienten placer orgásmico.

Es interesante referir la frecuencia de multiorgasmia masculina encontrada por Kinsey & Simon. El primero la observó en 15% de los jóvenes, y el segundo en 53% de los varones de 30 a 49 años de edad.

Respecto al vaginismo, Masters y Johnson refieren haber visto en 11 años sólo 29 casos, lo que no representa una baja prevalencia, sino un número importante de casos que se resuelven antes de llegar al sexoterapeuta.

A pesar de no haber datos precisos y para aproximar un dato numérico sobre la prevalencia de las dos principales disfunciones en nuestro país, se puede inferir con cierta certeza que en México, con más de 100 millones de habitantes, debe haber más de diez millones de mujeres anorgásmicas y 15 millones de varones eyaculadores precoces. Si se considera el concepto de salud sexual mencionado, se observa que la falta de investigación y atención a estos problemas plantean su existencia como un enigma real de salud pública; mayor aún si se valoran sus complicaciones mentales a nivel individual, familiar y social.

Sección II

Etiología

6 Causas de las disfunciones sexuales

Aspectos generales

Es evidente que el origen de las disfunciones tendrá que considerarse multifactorial, partiendo de que la sexualidad es el conjunto de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del sexo, y que la salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor (OMS, 1975).

De este modo, se consideran cuatro tipos principales de causas: **biológicas, psicológicas, sociales y educativas** y de **los problemas en las relaciones de pareja**. Esta división sólo tiene propósitos didácticos y aclaratorios, ya que la experiencia clínica muestra en forma frecuente e incontrovertible que rara vez pueden separarse unos factores de otros, y que los casos clínicos son consecuencia de la interacción de varios de ellos.

Los factores causales biológicos, a su vez, son de tres tipos: **naturales, patológicos y iatrogénicos**, incluyendo en esta última categoría a las causas quirúrgicas y las farmacológicas. Las biológicas se refieren a los factores anatómicos y fisiológicos que pueden alterar la función sexual. Dentro de éstas, las que se refieren a modificaciones anatomofisiológicas, producto del desarrollo del individuo, contribuyen las causas naturales. Cuando se trate del efecto que diversas enfermedades y padecimientos tienen sobre la respuesta sexual nos referimos a causas patológicas. Por último, las iatrogénicas son las provocadas por los tratamientos terapéuticos, en forma directa o como efecto colateral. Éstas se dividen en farmacológicas y quirúrgicas, según sea el tipo de acción terapéutica que origine la disfunción.

En el segundo grupo se consideran los mecanismos psíquicos que directa o indirectamente se convierten en causas de una disfunción sexual. En este grupo se incluyen el carácter, personalidad, mecanismos de defensa y ansiedad, en las que las condiciones y situaciones frustrantes o amenazadoras para el individuo provocan un conflicto que puede afectar su respuesta sexual; también se analizan los efectos que sobre la sexualidad pueden tener los padecimientos psiquiátricos.

Las causas sociales y educativas de las disfunciones sexuales se refieren a las condiciones específicas de un grupo social, que en forma directa o indirecta, pueden afectar la respuesta sexual de las personas. Pueden ser, entre otras, los mitos y tabúes prevalecientes, así como factores referentes a la educación.

Como se mencionó al inicio, la división planteada sólo tiene el propósito de lograr una sistematización didáctica y clínica, puesto que muchas veces habrá traslajo entre unas y otras categorías.

Causas biológicas

Cualquier modificación anatómica o fisiológica en el organismo puede provocar situaciones de malestar o imposibilidad para la realización de una actividad sexual satisfactoria. Cuando se producen de manera directa en los órganos sexuales o en su fisiología, los efectos serán claros; sin embargo, son de gran importancia los que no estando en relación directa con los órganos sexuales, afectan tanto el desempeño sexual, como la respuesta sexual y los aspectos subjetivos de la misma.

Causas naturales

Este grupo se refiere a modificaciones anatómicas y fisiológicas que se dan como producto del proceso de evolución biológica de los individuos, los que, aun siendo naturales, pueden producir insatisfacción y alteración en la respuesta sexual, con lo que se convierten en disfunciones. Procesos naturales como el embarazo y la vejez pueden ser causa de disfunciones.

Sexualidad en la vejez

Una situación que por frecuente se convierte en importante, es la referente a los cambios fisiológicos que el proceso de envejecimiento provoca en los seres humanos.

Los cambios que se presentan con la edad en la respuesta sexual de las mujeres son: a) disminución en la congestión vulvar; b) mayor tendencia entre la aplicación del estímulo sexual efectivo y la aparición de lubricación vaginal; c) disminución en la cantidad de lubricación vaginal, y d) menor intensidad de las contracciones clónicas de la musculatura perineal. Todos estos cambios no constituyen limitantes que imposibiliten una relación sexual plena y satisfactoria a cualquier edad; sin embargo, la mujer que los desconoce piensa que se encuentra ante una disfunción.

Es importante señalar que ninguna de las modificaciones fisiológicas mencionadas impedirán por sí mismas una respuesta sexual completa y orgásmica que pueda ser satisfactoria para la mujer.

Se ha observado una condición que puede provocar una disfunción en la mujer posmenopáusica en la que se presenta hipoestrogenismo natural. Esta disminución de estrógenos circulantes provoca adelgazamiento de las paredes vaginales y queratinización de la membrana de revestimiento, lo que en ocasiones produce dispareunia por hipolubricación. Ésta es una causa natural de una disfunción sexual, que puede resolverse con relativa facilidad mediante tratamiento de reemplazo hormonal y prescripción de lubricante de aplicación local.

En el varón, los principales cambios que se presentan con la edad en la respuesta sexual son: a) mayor latencia entre el estímulo sexual efectivo y la erección (corresponde en la mujer al mismo fenómeno de latencia hasta la lubricación); b) erecciones menos firmes (hipolubricación femenina); c) disminución de la fuerza de las contracciones musculares orgásmicas (el mismo fenómeno en la mujer), por lo que disminuye la fuerza de la eyaculación; d) menor del volumen del semen que en el joven fluctúa entre 3 y 5 mL y en el anciano de 1 a 3 mL. Respecto a este último cambio, es importante aclarar que diversos estudios (Masters & Johnson, 1981; Butler & Lewis, 1976, y otros) han demostrado que el volumen eyaculado no es directamente proporcional a la intensidad y placer de la percepción subjetiva del orgasmo. Por otro lado, los cambios en la respuesta sexual del varón anciano tampoco son factores limitantes que impidan un desempeño sexual satisfactorio y placentero.

Varones y mujeres ancianos pueden presentar un incremento del periodo refractario, es decir, un mayor umbral de respuesta a un estímulo sexual. Por ejemplo, en el individuo que durante muchos años solía tener dos o más erecciones y que ahora ya no es capaz de responder en la misma forma, es importante informarle de los cambios que se presentan. Si pudiera expresarse metafóricamente el desempeño y disfrute sexual del anciano, la metáfora ideal sería la del placer que proporciona “un vino añejo, suave y con mucho cuerpo”.

Sexualidad durante el embarazo

Hay pocos estudios acerca de la sexualidad durante el embarazo; sin embargo, es importante señalar que existen cambios que pueden afectar la vida sexual de la pareja. Se ha establecido que durante el primer trimestre del embarazo se presentan todos los tipos de respuestas, desde la permanencia del deseo a los niveles previos del embarazo hasta la mujer que, teniendo serias molestias como náuseas o vómito, pierde interés en la vida sexual.

Durante el segundo trimestre parece dominar un incremento en el deseo y respuesta sexuales que disminuyen en el tercero.

Otros autores (Masters & Johnson, 1966; Falicov, 1973) encuentran variaciones y, por tanto, es difícil establecer un criterio uniforme, como con muchos aspectos de la sexualidad.

Es importante señalar que, a menos que existan circunstancias especiales (como aborto o hemorragia), la actividad sexual durante el embarazo no es nociva para la madre ni para el producto y tampoco adelanta el trabajo de parto.

Causas patológicas

Diversas enfermedades, locales o generalizadas, pueden provocar alteraciones en la respuesta sexual de las personas o en la capacidad de percepción subjetiva del placer.

El propósito de la siguiente exposición no es considerar todas las causas en detalle, pero sí señalar las principales para que cuando el clínico se enfrente con una disfunción sexual de origen orgánico, sea capaz de detectarla mediante una cuidadosa revisión de la sintomatología y proceder al tratamiento y resolución, o en su defecto realizar la referencia pertinente.

En primer lugar, deben mencionarse los padecimientos locales de los órganos sexuales, ya sean de origen genético, congénito, degenerativo o infeccioso. Las enfermedades urológicas y ginecológicas, por contigüidad anatómica, pueden afectar la respuesta sexual de los pacientes. En estos casos, depende de la localización del daño el efecto que surge sobre las diversas fases de la respuesta sexual.

Las disfunciones de la fase de estímulo sexual efectivo, la apatía sexual y disritmia pueden tener diversas causas orgánicas patológicas. Cualquier enfermedad que debilita, incapacite, provoque dolor o molestias a una persona, podrá causar apatía sexual o falta de interés. Se incluyen padecimientos graves y crónicos como: infarto del miocardio, insuficiencia renal, artritis, al igual que padecimientos menos graves y de menor duración como gripe, fractura ósea, esguince, migraña, y muchos más.

Las disfunciones de la fase vasocongestiva inicial o excitación que se manifiestan en la mujer por hipolubricación y en el varón por incompetencia eréctil, pueden tener diversas causas patológicas. En la mujer, la hipolubricación es consecuencia del hipoestrogenismo posmenopáusico, así como de lesión del eje hipotálamo-hipófisis-ovario.

En el varón, pueden provocar incompetencia eréctil, padecimientos generalizados como insuficiencia renal u órganos sexuales locales, hipospadias, epispadias y enfermedad de Peyronie, aunque la primera también puede provocar trastornos de lubricación en la mujer.

Tanto en el hombre como en la mujer, diversos síndromes neurológicos, endocrinos y vasculares alteran la fase de respuesta; entre ellos, lesiones de la médula espinal, diabetes mellitus, hipogonadismo, cirrosis hepática y síndromes de Cushing y de Leriche, así como oclusión de la arteria iliaca.

Las disfunciones de la segunda fase (meseta) son: eyaculación precoz o discontrol eyaculatorio o incompetencia eyaculatoria en el varón y preorgasmia en la mujer.

Otro factor orgánico que se ha relacionado con la disminución del deseo y la incompetencia eréctil, es la hiperprolactinemia. Esta secreción aumentada de prolactina puede deberse a un tumor hipofisario, razón por la que a todo paciente que consulta por estos síntomas deberá hacersele determinaciones de hormonas.

Aunque no se dispone de datos concluyentes, parece que en la mujer la respuesta sexual es afectada en estos casos.

La eyaculación precoz rara vez tiene como factor causal una enfermedad. Sin embargo, se debe estar alerta a esta posibilidad cuando se presente después de un periodo largo de funcionamiento adecuado. En tal caso, es importante descartar la presencia de algún padecimiento neurológico, como tumor de médula ósea o esclerosis múltiple. A este respecto, se carece de información y es posible que las causas patológicas que provocan la incompetencia eyaculatoria en el varón, también sean la causa de la preorgasmia femenina. Sin embargo, cuando en la mujer hay dispareunia puede presentarse preorgasmia por alargamiento de la fase de meseta; en este caso, es necesario el diagnóstico diferencial para determinar las causas orgánicas.

Los principales factores orgánicos que contribuyen a la incompetencia eyaculatoria, y quizá a la preorgasmia, son: en ambos sexos, insuficiencia renal, lesiones de médula espinal

y enfermedad de Parkinson; en el varón, la artritis gonocócica o gonorrea, y en la mujer las diversas infecciones que se mencionan en el diagnóstico diferencial sobre la causa de la dispareunia.

Los padecimientos que en especial afectan a la fase mioclónica de respuesta y provocan anoargasmia son raros. Los que causan esta disfunción con mayor frecuencia, son: la insuficiencia renal y la diabetes mellitus, que serán mencionadas aparte. A menudo, se ha visto en pacientes de ambos sexos casos de anorgasmia fisiológica y subjetiva, que se deben a una atonía de la musculatura pubococcígea por excesiva relajación que los haces insensibles a diversos tipos de estimulación.

Un problema específico del varón es la eyaculación retrógrada, que consiste en la polución del semen hacia la vejiga, en vez de ser expulsado por la uretra hasta el meato urinario. En este caso, la persona tiene erección, hay componentes mioclónicos del orgasmo y percepción subjetiva orgásmica placentera, faltando únicamente la expulsión del semen por el meato.

En la eyaculación retrógrada, el semen es recolectado de vesículas seminales, epidídimo y próstata al inicio de la uretra, y lo que no sucede es el cierre del esfínter interno del cuello de la vejiga con lo que el semen es impulsado hacia la vejiga, en lugar de que las contracciones mioclónicas lo impulsen hacia el exterior a través de la uretra.

La eyaculación retrógrada, además de ser consecuencia de algunos padecimientos, puede presentarse en individuos que se condicionan para lograr a voluntad la relajación del esfínter interno de la vejiga. Esta práctica suele ser frecuente en sujetos que pertenecen a sectas religiosas que consideran que la pérdida de semen significa pérdida de energía; a estos casos se les conoce como *coitus reservatus*.

Entre las causas patológicas de la eyaculación retrógrada están diabetes mellitus, fracturas pélvicas que han dañado el cuello vesical o los nervios sacros, y lesiones de médula espinal.

En la mujer, la disfunción específica es el vaginismo, que consiste en la contractura espástica de la musculatura del tercio distal de la vagina y perineo, lo cual puede ser doloroso. Puede presentarse en cualquiera de las fases de la respuesta sexual femenina (ver Clasificación de las disfunciones). No hay causas orgánicas patológicas específicas para esta disfunción; sin embargo, en general, cualquier padecimiento que cause dispareunia puede producir vaginismo.

La dispareunia o dolor en cualquiera de las fases de la respuesta sexual en el varón y en la mujer es quizá la que más requiere de un estudio cuidadoso para descartar causas patológicas.

En el varón, la causa más frecuente es la fimosis, seguida de la hipospadia, enfermedad de Peyronie y cualquier traumatismo peneano. También pueden producirla infecciones como uretritis, balanitis y orquitis. Otras que pueden causar dolor durante la fase mioclónica y, en específico durante la eyaculación son: uretritis, prostatitis o inflamación de las vesículas seminales. Se debe hacer un estudio cuidadoso de la paciente con dispareunia para determinar su origen.

Una vez descartadas las malformaciones congénitas y la retroversión uterina, debe hacerse lo mismo con vulvitis, vaginitis, uretritis, miometritis, cervicitis, cualquier tipo de proceso infeccioso y herpes genital (enfermedad que adquiere mayor importancia por el incremento de su prevalencia en ambos sexos y no ser curable). Son causas frecuentes de dispareunia la vaginitis atrófica por deficiencia estrógena presente en mujeres posme-

nopáusicas, así como hipopituitarismo en urémicas o con síndrome de Turner no tratado. Asimismo, pueden ser causa de dispareunia padecimientos anorrectales y lesiones del ligamento ancho, la presencia de remanente del himen o integridad del mismo, al igual que lesiones traumáticas del conducto vaginal. Otra causa de dispareunia es la hipolubricación, que debe diagnosticarse mediante una cuidadosa historia clínica sexual para descartar origen patológico, ingestión de medicamentos como antihistamínicos o fenotiacinas o diabetes. Una vez hecho lo anterior, se tendrá la certeza de que la causa de la dispareunia es psicológica y deben seguirse los pasos señalados en los capítulos que corresponden al tratamiento de las disfunciones.

Iatrogenia y sexualidad

La sexualidad ha sido olvidada y negada durante tanto tiempo, que reviste especial importancia revisar los efectos que muchos medicamentos y técnicas quirúrgicas tienen sobre la respuesta sexual. Es cierto que muchas veces no podrán evitarse los efectos secundarios, pero una actitud profesional del cuidado integral de la salud obliga a conocerlos, y contribuir en la atención del trastorno provocado.

Fármacos, drogas y sexualidad

La **apatía** y **disritmia**, como disfunciones de la primera fase de la respuesta sexual, pueden aparecer con relativa facilidad en ambos sexos.

Se ha informado que algunos tranquilizantes potentes del tipo de las fenotiacinas y butirofenonas pueden disminuir el deseo y, por tanto, producir apatía sexual. Entre los tranquilizantes menos potentes están el clordiazepóxido y el diacepam, que en dosis altas provocan pérdida del deseo sexual. Los barbitúricos sufren alteraciones debido a las cifras circulantes de testosterona y estrógenos por estimulación de las células hepáticas que las metabolizan. En ocasiones, estos compuestos pueden originar pérdida de deseo sexual.

La espirolactona, antagonista competitivo de la aldosterona, que a veces se usa en el tratamiento para edema resistente, también produce apatía sexual.

De los antihipertensivos no diuréticos, la α -metildopa disminuye el deseo sexual al ejercer un efecto antiandrogénico leve. En dosis menores a 1.0 g/día, 10 a 15% de varones y mujeres presentan apatía sexual, incompetencia eréctil e hipolubricación, respectivamente. Con dosis de 1.0 a 1.5 g/día aparecen problemas sexuales en 25% de los pacientes, y cuando la dosis rebasa los 2.0 g/día, las disfunciones se presentan en 50% de los pacientes, e incluso algunas mujeres refieren anorgasmia.

La hidralacina en dosis superiores a 200 mg/día produce apatía sexual en 5 a 10% de los casos.

Es bien conocido el efecto depresivo de la reserpina sobre los alcaloides de rauwolfia, que suele acompañarse de apatía sexual.

La clonidina, nuevo antihipertensivo, también provoca pérdida del deseo sexual.

Los estrógenos usados por varones con carcinoma prostático, producen apatía sexual.

Por su lado, los estrógenos no aumentan el deseo ni la potencia sexual en sujetos con cifras circulantes normales. Cuando hay deficiencia, el tratamiento sustitutivo proporciona mejoría. En la mujer, dosis altas de andrógenos incrementan el deseo sexual, pero

su uso está limitado por los efectos secundarios virilizantes como hipertrofia del clítoris, hirsutismo, acné, y otros.

Del grupo antiandrógenos, los acetatos de ciproterona y medroxiprogesterona reducen el deseo sexual. Estos compuestos se están usando experimentalmente, en Europa, para tratar delinquentes sexuales. En México, hace poco, una firma farmacéutica puso a disposición de algunos profesionales un compuesto comercial con estas características.

La L-Dopa y la paraclorofenilalanina (PCPA) parecen incrementar el deseo sexual, aunque, al igual que su mecanismo, no se han demostrados por completo.

También se ha informado apatía en pacientes que toman clorofibrato para disminuir el colesterol, triglicéridos séricos o ambos.

Por último, respecto a los informes de algunos autores en cuanto a que los anticonceptivos orales producen apatía sexual (*Royal College Of General Practitioners*, 1974,), sin que ello sea aceptado y establecido, Jehu (1979) plantea la posibilidad de que dicha apatía se deba a la hipolubricación que a veces producen los anticonceptivos orales. A menudo, diversos fármacos y drogas puede afectar la fase inicial de excitación provocando **incompetencia eréctil o hipolubricación**.

En el grupo de los diuréticos, las tiacidas producen incompetencia eréctil y quizá hipolubricación en 50% de los pacientes que las usan en forma continua, al igual que el ácido etacrínico y la furosemida; al parecer, esto se debe o bien al efecto hiperglucémico o a la disminución de potasio que originan estos fármacos.

La espironolactona y α -metildopa, ya mencionada como causa de apatía, también pueden producir incompetencia eréctil e hipolubricación, según la dosis; en la espironolactona, cuando es mayor a 100 mg. Otros fármacos que suelen provocar incompetencia eréctil e hipolubricación son: la hidralacina cuando se administra en dosis mayores a 200 mg/día, los alcaloides de la rauwolfia y la clonidina.

El propranolol (bloqueador β -adrenérgico que se usa para tratar arritmias cardíacas y, a veces, hipertensión) parece ser de los agentes que, junto con la hidralacina, producen menos efectos sobre la respuesta sexual, aun cuando se han informado casos aislados de incompetencia eréctil. Otro fármaco es el metoprolol, que siendo un bloqueador β -adrenérgico, parece no originar disfunciones en forma directa, pero sí ha habido casos de enfermedad de Peyronie relacionada con sus uso.

Los estrógenos, cuando son administrados al varón, como en el caso de carcicoma prostático, provocan apatía e incompetencia eréctil.

Los tranquilizantes, como el diacepam y clordiacepóxido, en altas dosis produce incompetencia eréctil e hipolubricación. De los tranquilizantes mayores, las fenotiacinas producen efectos depresores. La clorpromacina administrada en dosis superiores a 400 mg, provoca incompetencia eréctil. El haloperidol causa incompetencia eréctil en 20% de los pacientes. Es importante mencionar que a dosis bajas aumenta la producción de andrógenos en los varones, y la disminuye a dosis altas. Aún se desconocen los mecanismos de este fenómeno.

Los anticolinérgicos en general pueden ocasionar incompetencia eréctil y quizá también hipolubricación, debido a su efecto inhibitor de la acetilcolina sobre las fibras parasimpáticas posganglionares.

Como se mencionó, en pacientes que ingieren clofibrato han existido casos de incompetencia eréctil. También los digitálicos pueden inducir incompetencia eréctil hipolubricación y ginecomastia.

Es importante señalar un fármaco muy útil en gastroenterología: la cimetidina, que produce con frecuencia incompetencia eréctil y quizá hipolubricación. A la fecha, no hay datos en ese sentido. Desde el punto de vista clínico, se han tratado casos de apatía e hipolubricación.

Respecto al alcohol es importante aclarar falsos conceptos. Un estudio de Wilson (1977) presenta en forma comparativa los resultados obtenidos con estudiantes a los que se les medía tumescencia penénea en respuesta su reacción al ver películas eróticas. La aparición de erecciones se favoreció y facilitó con pequeñas dosis de alcohol, en tanto que se demostró que dosis altas producen supresión de la respuesta eréctil.

Ya mencionamos a la dapoxetina que se utiliza para aumentar el tiempo de la eyaculación.

En cambio, respecto a la **incompetencia eyaculatoria y preorgasmia** existen fármacos que parecen producirlas. Se recordará que estas dos disfunciones consisten en la prolongación de la fase de la meseta. En este sentido, aunque no hay fármacos que prolonguen la meseta femenina, es factible, por paralelismo, que los que la prolongan en el varón lo hagan también en la mujer. Bajo esta suposición, se considera el efecto de diversos fármacos en esta sección, bajo la reserva de contar con los estudios demostrativos al respecto.

Del grupo de tranquilizantes mayores, se ha informado que las fenotiacinas, el tioxanteno y butirofenonas provocan trastornos en la erección. Sin embargo, la incompetencia eyaculatoria parece ser consecuencia de la tioridacina. Lo anterior fue indicado en un estudio realizado por Kotin *et al.* (1976), en 57 pacientes que tomaban estos fármacos; de ellos, 60% manifestó alguna disfunción en comparación con 25% de pacientes de un grupo de 64 que tomaban otros fármacos. El 60% referiría dificultades en la erección; 44% de los pacientes que recibía tioridacina y sólo 19% de los otros. Es notable que ninguno de los grupos se quejó de problemas, excepto el de los que recibían tioridacina, donde presentaron incompetencia eyaculatoria en 49% de los casos.

Del grupo de los antidepresivos, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) provocan incompetencia eyaculatoria en 25 a 30%. Es claro que los efectos están relacionados con la dosis, respuesta y sensibilidad individual al fármaco. Los tricíclicos también provocan alteraciones eyaculatorias, lo mismo que los antiadrenérgicos al bloquear las fibras nerviosas simpáticas.

Se ha observado que los estrógenos y el sulfato de guanetidina administrados a varones, provocan incompetencia eyaculatoria.

En 1972, Cushman realizó un estudio en 57 adictos a la heroína y encontró apatía en 66%, incompetencia o retraso de eyaculación en 68% y problemas de erección en 49%; estas disfunciones desaparecieron al retirarse la droga.

La **anorgasmia fisiológica**, es decir, la falta de contracciones clónicas musculares o **psicológica** (la falta de percepción subjetiva placentera del orgasmo), puede ser consecuencia del efecto de diversos fármacos. Pero pesar de la prevalencia de la anorgasmia, no hay muchos estudios al respecto, por lo que la información aún es fragmentaria.

Cuando la α -metildopa se usa en dosis mayores 3.0 g/día, aparecen disfunciones en 50% de los pacientes, y en algunas mujeres, anorgasmia.

Se observó que, al parecer, los antiandrógenos (sobre todo los acetatos de ciproterona y medroxiprogesterona) además de reducir el deseo y provocar incompetencia eréctil, producen anorgasmia en la mujer. Resulta paradójico, y en especial grave, que estos compuestos se administren como anticonceptivos, con lo que se busca el ejercicio de la

sexualidad para fines placenteros y no reproductivos, y que provoque efectos secundarios que impidan o limiten la respuesta sexual. En México, se ha usado mucho el acetato de medroxiprogesterona; una institución privada que tiene una casuística de más de un millón de ciclos aplicados, informa que las mujeres al iniciar referían “frigidéz” en 40% (apatía, hipolubricación, anorgasmia) que se incrementó a más de 80% después de su uso (Peña, 1980).

La **eyaculación retrógrada** es la eyaculación intravesical. Esta disfunción es la única cuyas principales causas son biológicas. La provoca cualquier enfermedad, cirugía, traumatismo o fármaco que altere el control simpático del esfínter vesical o impida el cierre completo del cuello vesical. Pueden provocarla los tranquilizantes mayores y antihiper-tensivos ya mencionados. En especial, el sulfato de guanetidina, que a dosis terapéuticas provoca problemas de la erección y eyaculación, e incluso eyaculación retrógrada en 50% de los pacientes.

Hasta la fecha no se sabe de fármacos que originen **vaginismo o dispareunia** en forma directa. De modo indirecto, cualquier droga o fármaco que provoque hipolubricación podrá ocasionar dispareunia y vaginismo en algunos casos, pero se requiere de investigación concluyente al respecto.

En la medida en que los sexoterapeutas, médicos y laboratorios farmacéuticos reconocen la salud sexual como parte integral de la salud de las personas, realizarán mayores estudios que permitan conocer los efectos secundarios que provocan diversos fármacos sobre la sexualidad. Entonces podrá prevenirse a los consultantes y brindar mejor atención profesional.

Cirugía y sexualidad

Al igual que los fármacos descritos, diversos procedimientos quirúrgicos pueden modificar la respuesta sexual con relativa frecuencia; constituyéndose así la cirugía el factor causal iatrogénico de algunas disfunciones sexuales.

Se ha informado apatía sexual como secuela posoperatoria en pacientes de ambos sexos sometidos a ostomías. En la mujer suele ocurrir apatía sexual después de mastectomía e histerectomía. Quizás esto se deba a factores psicológicos como respuesta a la mutilación, daño a la imagen corporal y autoestima. Es indispensable una cuidadosa preparación psicológica preoperatoria y posoperatoria para minimizar estos daños que, en ocasiones, tienen consecuencias importantes. En el varón, se ha informado con frecuencia la pérdida del deseo sexual después de prostatectomía.

Se recuerda que el deseo sexual puede ser afectado por cualquier padecimiento generalizado o cirugía; esto no impide que se busque restituir a la vez que la energía y bienestar de los pacientes, su deseo sexual hasta límites sexuales cercanos a lo que era antes de la intervención quirúrgica.

La **incompetencia eréctil y la hipolubricación** suelen presentarse como secuelas posoperatorias. Debe señalarse la falta de estudios respecto a la lubricación femenina, por lo que deberá quedarse a nivel de hipótesis. Entre las intervenciones quirúrgicas que provoca incompetencia eréctil está prostatectomía por vía perineal, simpatectomía lumbar, cistectomía, ileostomía, colostomía.

En cuanto a la **eyaculación precoz** no se ha informado como secuela posoperatoria. Si acaso, la excepción pudiera ser la circuncisión en algunos adultos.

La **incompetencia eyaculatoria** parcial o total y quizá la **preorgasmia** pueden ser secuelas de cirugía como: simpatectomía lumbar, cirugía de fusión espinal y cirugía correctiva de aneurisma de la aorta abdominal.

No se dispone de datos específicos de **anorgasmia** masculina o femenina como secuelas quirúrgicas. Sin embargo, en la práctica, se han observado mujeres previamente orgásmicas que la presentan después de histerectomía o salpingoclasia.

Como se mencionó, la disfunción que tiene como factores causales principales a los biológicos es la **eyaculación retrógrada**. Desde el punto de vista quirúrgico, puede ser secuela de prostatectomía, simpatectomía lumbar, colectomía, disección retroperitoneal de ganglios linfáticos, cirugía del cuello de la vejiga y corrección quirúrgica del aneurisma de la aorta abdominal. En general se puede decir que cualquier intervención que dañe mecanismos neurológicos de la eyeculación y erección podrá provocar disfunción.

La **dispareunia** es secuela frecuente en el posparto por la sutura de la episiotomía. Esto se repite en la cirugía por vía vaginal, y como se comentó, toda situación que provoque dispareunia puede desencadenar vaginismo por acción refleja de contracción muscular ante el estímulo doloroso.

En conclusión, se ha intentado la revisión somera de la causalidad de las disfunciones sexuales desde el punto de vista biológico u orgánico; se puede señalar que las causas biológicas naturales y patológicas son poco frecuentes para casi todas las disfunciones, excepto la eyaculación retrógrada, y es deber del clínico profesional, en primer lugar, descartar cualquier causa biológica como primer paso en el diagnóstico y tratamiento de una disfunción, y en segundo lugar, conocer y recordar los efectos iatrogénicos de fármacos y procedimientos quirúrgicos usados con frecuencia. Esto último para prevenir o advertir a los consultantes de los cambios temporales que provocan sobre su sexualidad. Cuando los cambios son permanentes, se debe educar y proporcionar la asesoría y consejos adecuados para la rehabilitación de la función sexual, como parte de la salud integral del individuo.

7 Causas psicológicas

Después de descartar la causa biológica de una disfunción sexual, se procede a analizar si su origen es psicológico o psíquico.

En el campo de las ciencias de la conducta es frecuente que haya polémicas por los diversos enfoques y teorías con los que se busca explicar de forma sistemática el comportamiento de los seres humanos. En este libro se presentan modelos teóricos que, por su sencillez y aplicabilidad, pueden ser entendidos por el no psicólogo o psiquiatra; pero de ninguna manera constituyen aseveraciones o la única explicación válida. El psiquiatra, psicoanalista o psicólogo podrá derivar y adaptar los conceptos causales de las disfunciones a su propio marco de referencia; en cambio, el que no posee formación psicológica podrá usar los conceptos presentados como guía para una comprensión más fácil de las causas de las disfunciones sexuales con un enfoque en los procesos y mecanismos mentales.

Se aborda el origen psicológico de las disfunciones desde diversos aspectos; en primer lugar, los rasgos de carácter y su influencia en el desempeño sexual, así como la intervención del mismo en las disfunciones. En segundo, mediante un análisis somero de la tensión como elemento causal de disfunciones (p. ej., la ansiedad). Por último, se revisan la neurosis y la psiconeurosis como factores causales de disfunciones.

Carácter de la personalidad como causa de las disfunciones

Por lo común, el concepto de personalidad tiene una dimensión cuantitativa; por ello, con frecuencia se escuchan comentarios como “fulano o zutano tiene mucha o poca perso-

nalidad". Como dice Fromm: "la personalidad es la totalidad de las cualidades psíquicas heredadas y adquiridas que son características de un individuo y que lo hacen único".

Para Freud, la personalidad está estructurada por tres sistemas:

- El sistema original de la personalidad es el *id* o *ello*, constituido por componentes y respuestas psicológicos con los que el individuo nace, es decir, heredados genéticamente. Para Freud, el *ello* opera conforme al principio del placer buscando gratificación sin mediar consideraciones del ambiente, sin distinguir fantasías de la realidad. Esta estructura freudiana pudiera semejarse al niño del análisis transaccional.
- El segundo sistema freudiano es el *ego* o *yo*, está conformado por mecanismos psíquicos conscientes, aunque existen porciones inconscientes.

El *yo* funciona conforme al principio de realidad determinado y evaluando la realidad de una situación y, en caso dado, posponiendo la gratificación de una necesidad. La función mental que utiliza se caracteriza por la lógica y objetividad. El sistema del *yo* pudiera semejarse al del adulto en el análisis transaccional.

- El tercer sistema es el *superego* o *superyó*, que representa las creencias del individuo de lo que es correcto e incorrecto. En principio, el *superyó* se fundamenta en las reglas y normas que los padres imponen a sus hijos, que después se adoptan y forman parte del propio individuo. Incluye también valores culturales y tradicionales del medio en el que el individuo se ha desarrollado. Según Freud, el *superyó* consta de dos partes: a) la consciencia que se crea por conductas permitidas o castigadas en el niño, que al contravenirse originan sentimientos de culpa, y b) el *yo ideal* que son aquellas cosas a las que tiende el individuo y cuyo logro provoca profundos sentimientos de bienestar y orgullo. El *superyó* pudiera semejarse al padre en el análisis transaccional.

En resumen, se diría que el *ello* está integrado por las tendencias humanas que sólo buscan la satisfacción de necesidades y gratificaciones.

El *yo* comprende los procesos lógicos, en su mayoría conscientes. Por último, el *superyó* consiste en la consciencia moral que al individuo le impone su familia, la escuela y el grupo sociocultural al que pertenece. Cada uno de estos sistemas busca predominar, y la personalidad se moldeará según la interacción y el equilibrio que tenga entre sí.

Otro concepto freudiano que merece mayor atención es el de la hipótesis topográfica de la personalidad. Ésta plantea que la mente humana consta de tres elementos o funciones: consciente, preconsciente, e inconsciente. El **consciente** es la parte de la vida mental de la que se tiene plena advertencia. Gran parte del *yo* se encuentra en el consciente. Al **preconsciente** lo forman todos los eventos mentales que pueden ser traídos al consciente por medio de una acción volitiva y también se encuentra aquí. El **inconsciente** está fuera de la advertencia del individuo y nunca puede ser reconocido por la persona. Según la teoría psicoanalítica, los contenidos del inconsciente, en especial en lo que se refiere al *ello* y *superyó*, son de gran importancia para determinar la personalidad.

Freud presentó como analogía un *iceberg* en el que su vértice o la parte que sobresale del agua sería el consciente; tanto que la inmersa, de mayor volumen, sería el inconsciente, que, sin embargo, influye en forma constante sobre todos los procesos mentales o actos del individuo sin que tenga conocimiento de ello.

Erich Fromm (1957) planteó que la personalidad está constituida por el temperamento y el carácter. El primero es el modo de reacción con el que se nace, es el origen genético, e Hipócrates describió cuatro: colérico, sanguíneo, melancólico y flemático. El colérico se caracteriza por la excitabilidad fácil con intereses débiles; el sanguíneo presenta fácil excitabilidad e intereses intensos; el melancólico es de lenta excitabilidad con intereses débiles, al igual que el flemático. La demostración del temperamento la puede encontrar cualquiera que observe el cunero de un hospital, donde podrá observar diferencias importantes en el modo de reacción al hambre o frío de los lactantes.

Para Fromm, el carácter es la “forma (relativamente permanente) en al que la energía humana es canalizada en los procesos de asimilación y socialización”. La principal diferencia entre las teorías del carácter de Freud y Fromm estriba en que el primero considera como base del carácter diversos tipos de organización de la libido; en tanto que el segundo basa su caracterología en los modos de relación de la persona con el mundo exterior. Fromm distingue la forma en que el individuo adquiere y asimila objetos (asimilación) y la que se relaciona con otras personas y consigo mismo (socialización).

Los procesos de asimilación y socialización se incorporan al individuo durante su desarrollo y se combinan con el temperamento, de lo que surge la personalidad.

Se puede hacer una analogía de la personalidad mediante una escultura de piedra; el temperamento sería la piedra, y la escultura cincelada o grabada sobre ella, representa el carácter.

En función de los aspectos mencionados, Fromm establece diversas orientaciones del carácter; cada una presenta rasgos negativos y positivos en mayor y menor grados. Para no crear confusión al lector, se deja el análisis de las orientaciones productivas e improductivas. De este modo, Fromm distingue cinco orientaciones del carácter: receptiva, exploradora, acumulativa, mercantil y productiva. Cada una de ellas, excepto la última, presenta rasgos positivos y negativos característicos. De hecho, en cada individuo coexisten las cuatro, sólo que predomina más alguna.

Receptiva

Se caracteriza porque el individuo percibe que todo lo favorable y deseable debe provenir del exterior; en consecuencia, todo lo que desea, ya sea amor, conocimiento, placer o algo material, siempre tratará de obtenerlo de una fuente externa. Para estas personas, el amor se reduce, como dice Fromm, a la concepción de ser amado y no de amar, por lo que son muy sensibles a cualquier rechazo; si son religiosos, y todo lo esperan de la divinidad, más que del propio esfuerzo; en esta orientación, las personas son leales por temor a la pérdida de la amistad y, con frecuencia, tienen grandes dificultades para decir no; esta orientación correspondería al carácter oral descrito por Freud.

En materia sexual, la orientación receptiva se caracteriza por una gran dependencia de la pareja, o muy receptivos, es decir, pasivos en el acto sexual o, por el contrario, con un deseo constante de agradar al otro con el objeto de conservar su aprecio y no ser rechazado. Entre quienes tienen una expresión comportamental de la sexualidad de masoquismo acentuado (no erótico o eroticosexual), suele haber personas con esta orientación.

Con frecuencia, en quienes predomina esta orientación sienten que la relación sexual es un acto mediante el cual puede refrendar u obtener atención y amor de la otra persona. De esta manera, “hacer el amor” se convierte en una especie de prueba en la que se tiene que cumplir con un estándar mínimo de eficiencia o correr el riesgo de ser rechazado o no querido.

Cuando en una persona predominan los rasgos negativos de la orientación receptiva, esta última puede contribuir o ser causa de las disfunciones de la fase vasocongestiva primaria, es decir, de la hipolubricación en la mujer y la incompetencia eréctil en el varón.

Las orientaciones del carácter tendrán trascendencia en la relación de la pareja, como se verá después.

Para que el lector tenga una imagen general y clara de los rasgos o aspectos positivos y negativos de la orientación receptiva, debe remitirse al cuadro 7-1.

Cuadro 7-1. Orientación receptiva (aceptando)	
Aspecto positivo	Aspecto negativo
Capaz de aceptar	Pasivo, sin iniciativa
Conforme	Carente de opinión y de carácter
Devoto	Sumiso
Modesto	Sin orgullo
Encantador	Parásito
Adaptable	Carente de principios
Ajustado socialmente	Servil, sin confianza en sí mismo
Idealista	Apartado de la realidad
Sensitivo	Cobarde
Cortés	Servil
Optimista	Iluso
Confiado	Crédulo
Tierno	Sensiblero

Exploradora

Coincide con la receptiva en que la fuente de bienestar o gratificación proviene sólo del exterior. La diferencia estriba en que mientras el receptivo espera en forma pasiva, el explorador no espera que llegue como dádiva sino arrebatada, despoja o manipula astutamente para obtener las cosas.

Los individuos en los que predomina esta orientación en sus aspectos negativos pasan la vida despojando objetos materiales, afectos, conocimientos, prestigio y otras cosas. En ocasiones, cuando las cosas no las obtienen con el uso de la violencia o agresión, suelen utilizar la manipulación o seducción para lograr que los demás les den o entreguen lo que quieren. Esta orientación corresponde a la etapa oral canibalística de Freud.

En materia afectiva amorosa, los que presentan la orientación exploradora negativa acentuada sólo se sienten atraídos por sustraer el afecto que las personas le han dado a otros, igual que sus enamoramientos.

En la relación eroticosexual son individuos pasivos que de alguna manera ejercen su coerción u obligan al otro a acariciarlo o darle placer en la forma que él determina, manipulando o incluso agrediendo, en ocasiones, con violencia.

En cuanto a las expresiones comportamentales de la sexualidad que predominan en estas personas, están el sadismo y, en ciertos casos, la paidofilia.

Las disfunciones sexuales que pueden presentarse por esta orientación caracterológica son: incompetencia eréctil e hipolubricación, ya que el explorador es presuntuoso y arrogante, sentirá la necesidad de demostrar en la intimidad muchas de las hazañas de las que se ha jactado, estableciéndose así la necesidad de un desempeño óptimo que es causa frecuente de disfunciones.

Su precipitación en la relación con su pareja puede dar origen a la eyaculación precoz y, en ciertos casos, a disritmia en la pareja. Los rasgos positivos y negativos se muestran en el cuadro 7-2.

Cuadro 7-2. Orientación explotadora (tomando)

Activo	Explotador
Capaz de tomar la iniciativa	Agresivo
Capaz de reclamar	Egocéntrico
Altivo	Presuntuoso
Impulsivo	Precipitado
Confiado en sí mismo	Arrogante
Cautivador	Seductor

Acumulativa

Se caracteriza por un mecanismo diferente a las dos anteriores. Se trata de una orientación estática; la persona no sólo busca, sino que rechaza las cosas que provienen del exterior. Su fuente de gratificación y bienestar está en lo que él acumula, ahorra o colecciona. Su tendencia es no perder nada, no dejar salir, no gastar, porque cualquiera de estas situaciones es una amenaza para él. Son personas en las que su avaricia no es sólo con el dinero, sino con los afectos; son muy ordenadas y pulcras, y la puntualidad para ellas es obsesiva; son metódicos, no pueden tolerar que las cosas se salgan de su lugar. El mundo exterior con ese desorden y caos que no puede controlar es una amenaza a su seguridad. En vez de vivir el presente con una visión creadora del futuro, se refugian en el pasado y en las tradiciones. El orden obsesivo en documentos, ropa, rituales diario, pulcritud y limpieza los hace distantes y alejados del mundo.

En sus relaciones amorosas, los sujetos acumulativos poseen a la persona amada y pretenden inmovilizarla como ellos. Una excelente película y obra teatral muestra con claridad esta situación, se titula “El Coleccionista”; en la cual el protagonista que vivía aislado, interesado exclusivamente en su colección de mariposas, veía a diario a través de su ventana a una chica que pasaba. Incapaz de relacionarse en forma productiva con ella, la invita a conocer su colección de mariposas y nunca más la deja salir hasta que ella muere, después de lo cual simbólicamente la poseerá para siempre, pero muerta y clavada en una tabla al igual que sus bellísimas mariposas. De la vida real, un caso extremo, que fuera hecho película bajo el título de “El Castillo de la Pureza”, relata la vida de una familia cuyo padre en muchos años jamás dejó salir de su casa a su esposa e hijos para que no se contaminaran con el mundo exterior.

En la persona que predomina la orientación acumulativa habrá expresiones comportamentales de la sexualidad como fetichismo, necrofilia, coprofilia y, algunos casos, zoofilia y gerontofilia por la atracción a lo antiguo y a la soledad.

En materia de disfunciones sexuales, la orientación acumulativa puede ser la causa de apatía sexual por la dificultad y el disgusto que tienen de relacionarse con otras personas. Asimismo, la incompetencia eyaculatoria, preorgasmia y anorgasmia pueden tener origen en esta orientación. El mecanismo podría consistir en que la persona traslada esta incapacidad para dar o desprenderse de algo, a la relación erótico-sexual, en la que eyacular y o tener orgasmos implica entrega de sí mismo al otro (cuadro 7-3).

Cuadro 7-3. Orientación acumulativa (conservando)

Práctico	Carente de imaginación
Económico	Mezquino
Cuidadoso	Suspicious
Reservado	Frío
Paciente	Letárgico
Cauteloso	Angustiado
Constante, tenaz	Obstinado
Imperturbable	Indolente
Sereno ante los problemas	Inerte
Ordenado	Pedante
Metódico	Obsesionado
Fiel	Poseso

Mercantil

Esta orientación, dice Fromm, es un producto moderno del mercado en el que se presenta la oferta de la demanda de los más variados artículos, entre los que se ofrece y vende también la personalidad. En la actualidad, como componentes de una sociedad parecida a la de la “Segunda Ola” de Toffler, la mayoría de las personas depende para el logro de su éxito material de una aceptación personal de los que necesitan sus servicios o los emplean.

Para las personas en quienes predomina esta orientación del carácter del éxito, dependerá de lo bien que pueda vender su personalidad en el mercado; deberá ser una persona alegre, jovial, agresiva, dar la impresión de profundidad, ambición y digna de confianza. Además, son importantes los antecedentes de pertenecer a una “buena” familia, tener “buenas” relaciones y pertenecer a clubes y organizaciones de “prestigio”. En esta orientación, el individuo se preocupa más por ser vendible que por su propia persona, lo que lo hace depender mucho de la opinión que otros puedan tener de él. En vez de expresarse y sentirse a sí mismo como “soy lo que hago”, dice Fromm, vive como “soy como tú me deseas” con lo que su identidad personal está constituida por la suma de los papeles o “roles” que debe desempeñar para el logro de ciertas metas.

La antítesis de esta orientación es la persona que ha desarrollado en mayor grado su individualidad, que bien puede considerarse como un gran logro personal para todo individuo que es catalogado como peculiar, es decir, “anormal o malo indeseable”.

En las relaciones amorosas y afectivas de estas personas predomina el aspecto utilitario más que la búsqueda, en la compañera o compañero, de cualidades; buscarán las que sean más aceptables socialmente (buena familia, grupo social, medios económicos) o características que puedan permitir a la pareja venderse mejor en el mercado social.

En materia de expresiones comportamentales de la sexualidad, más que tener alguna en especial, dependen de lo que sea más conveniente en determinado momento, incluso cambiar a conveniencia. Por ejemplo, si la persona busca desarrollarse en una empresa donde la necrofilia es acentuada (en el área no erótica), se volverá un necrófilo acentuado; pero si cambia a un grupo donde la gerontofilia (no erótica) predomina, por ejemplo, si la empresa tiene un consejo de administración compuesto por ancianos, dejará entonces de ser necrófilo para volverse un gerontófilo acentuado.

Es importante señalar, en esta orientación mercantil, la poca consistencia de los rasgos, pues to que se tiene a una mutación, más que por convicción, por conveniencia del momento.

En cuanto a disfunciones, en esta orientación, la sexualidad erótica es “un medio para” y se convierte en una acción “fría”, por lo que suele haber apatía y disritmia en las parejas que tienen un compañero con orientación mercantilista predominante. Por otro lado, dado que las características específicas de esta orientación están matizadas, más que por la propia orientación, por las necesidades del mercado, pueden propiciar o causar diversas disfunciones. Referimos al lector al cuadro 7-4 para mejor caracterización de los rasgos de esta orientación.

Cuadro 7-4. Orientación mercantil (cambiando)

Calculador	Oportunista
Capaz de cambiar	Inconsistente
Juvenil	Pueril
Previsor	Sin futuro ni pasado
De criterio amplio	Carente de principios y valores
Sociable	Incapaz de estar solo
Experimentador	Sin meta ni propósito
No dogmático	Relativista
Eficiente	Superactivo
Curioso	Carente de tacto
Inteligente	Intelectualoide
Adaptable	Indiscriminador
Tolerante	Indiferente
Chistoso	Pueril
Generoso	Disipador

En resumen, las orientaciones del carácter pueden ser, en algunos casos, factores causales primarios de disfunciones sexuales; sin embargo, esta circunstancia no sucede a menudo. Lo que sí resulta importante es la valorización cuidadosa del carácter de un consultante o la pareja, con lo que se podrá tomar en cuenta el papel coadyuvante que el carácter tiene en la disfunción, así como el propiciatorio u obstaculizante que tendrá la atención terapéutica.

Mecanismos de defensa en las causas de las disfunciones

Los mecanismos de defensa fueron descritos primero como parte de la teoría del psicoanálisis, constituyendo mecanismos de protección del yo, que además de tener que enfrentarse a las demandas opuestas del ello y del superyó, se enfrenta a todas las situaciones ambivalentes y al pasado a través de los recuerdos. Lo anterior debe ser realizado con objetividad, lógica y racionalidad. Sin embargo, con frecuencia se presentan conflictos que provocan fuertes sentimientos de angustia o culpa e impiden el funcionamiento adecuado del yo. Cuando surgen estas situaciones, se desencadena inconscientemente una serie de mecanismos de defensa que buscan proteger al yo de la angustia o culpa disruptora.

Estos mecanismos inconscientes (el individuo no tiene advertencia de ellos) operan con grados variables de efectividad, pero en ocasiones requieren demasiada energía e interfieren con las funciones del yo; cuando esto sucede, se manifiestan diversos grados de conflicto, de neurosis o psicosis.

Los mecanismos de defensa pueden también ser factores que originen las disfunciones sexuales y deben conocerse por la trascendencia que su influencia pueda tener en la evolución de la atención terapéutica del individuo o la pareja. A continuación se revisan en forma somera los principales mecanismos de defensa y su intervención en las disfunciones.

Represión

Es el elemento básico de los mecanismos de defensa. Consiste en la exclusión del campo de la consciencia de toda idea, tendencia, sentimiento, recuerdo o impulso que sea amenazador para el yo. Un ejemplo puede ser el de la persona que tiene una cita en la que teme que suceda algo desagradable, por ejemplo, una cita con el terapeuta donde se abordará un conflicto importante y que genera mucha angustia, o bien un examen al que se teme y “olvida” la cita. De hecho, el resto de los mecanismos que se mencionan sólo constituyen diferentes tipos de actividad que contribuyen a mantener la represión.

Racionalización

Este mecanismo inconsciente se refiere a tener explicaciones racionales lógicas y éticas para explicar a uno mismo y a los demás una acción, pensamiento o sentimiento que en esencia no es ético, lógico ni racional. Por ejemplo: un padre que es violento, agresivo y en cierto modo sádico con sus hijos, piensa y justifica su acción diciendo que sus actos sólo son para bien y educación de sus hijos. Reconocer su violencia, sadismo y agresividad sería inaceptable para él, por lo que inconscientemente (sin advertencia de ello), racionaliza su actitud.

En materia de sexualidad y, en forma específica, de disfunciones sexuales, este mecanismo se ve con frecuencia. Por la educación negadora y represiva de la sexualidad que recibe la mayoría de las personas, todo lo referente a este tema se considera sucio e inaceptable y de lo que no se debe ni puede hablar. De ahí, deriva que se prefiera aceptar a la sexualidad como medio de reproducción, negando el contexto de placer y satisfacción que tiene. Esta racionalización se presenta en pacientes que han tardado años en consultar por una disfunción; muchos ponen resistencia al tratamiento o, con frecuencia, se niegan diciendo que el tratamiento no tiene objeto puesto que ya tienen un “X” número de hijos, que ya deben pensar en otras cosas a su edad.

Sublimación

Consiste en convertir tendencias, pensamientos o sentimientos inaceptados a una acción digna de admiración y elogio. Por ejemplo, una persona sanguinaria que guste de la violencia, puede convertirse en un cazador o torero. En el primer caso se sublima en actividad deportiva viril, peligrosa y admirada; en el segundo se sublima a lo que muchos consideran como un arte. Es importante aclarar que no todos los cazadores y toreros son sanguinarios y violentos, ni necesariamente están utilizando la sublimación como mecanismo de defensa.

Con frecuencia, personas que tienen un gran interés e inquietud por la sexualidad, la consideran inaceptable, por lo que la subliman haciendo literatura o poesía erótica o incluso dedicándose a la sexología como disciplina científica.

En cuanto a las disfunciones sexuales, a menudo se ven mujeres anorgásmicas o preorgásmicas en quienes la sublimación interviene en forma importante tanto en la etiología como en el curso de la terapia. Para muchas mujeres, por razones educativas, la sexualidad erótica por placer es por completo inaceptable, por lo que su educación sublima el erotismo de dos maneras: la maternidad y el amor romántico. Ambas situaciones son válidas en sí mismas, pero no como sublimación de la represión de la sexualidad erótica placentera. El mismo fenómeno también puede encontrarse en varones, aunque con menos frecuencia.

Proyección

Consiste en atribuir a otros individuos impulsos, pensamientos o acciones que son inaceptables para el yo de la persona. Por ejemplo, el estudiante al que no le gusta una materia, ni el maestro y los rechaza; esta condición puede ser inaceptable para el yo y el alumno dirá y estará convencido de que el maestro lo “trae entre ojos” y quiere reprobarlo. En la vida diaria pueden verse cientos de accidentes automovilísticos en los que el responsable siempre piensa que fue el otro el que cometió la imprudencia o la infracción que provocó el accidente.

En el área de la sexualidad y de las disfunciones es frecuente que muchos consultantes tardan en buscar ayuda profesional, porque les resulta inaceptable y angustiante reconocer que tienen una disfunción. De este modo, harán aclaraciones y planteamientos sobre cómo no logran funcionar por una interminable lista de defectos y responsabilidades de su pareja o de otras personas. A menudo, y de manera renuente, acude otra persona a la

consulta (la pareja u otra), que cuando acepta ser estudiada, resulta la clave disfuncional a pesar de la frase que se escucha con frecuencia “yo sólo vine para ayudarlo(a), porque yo estoy bien”.

En el campo de las disfunciones sexuales, este mecanismo interviene de manera muy importante en las disfunciones selectivas como hipolubricación, incompetencia eréctil, eyaculación precoz, incompetencia eyaculatoria, preorgasmia o anorgasmia en cualquiera de los sexos. En ambos casos, la disfunción puede presentarse sólo en personas que tengan una característica similar, física o de otra índole. De este modo, por ejemplo, una mujer puede ser preorgásmica sólo con hombres rubios o de ojos verdes, o un hombre puede tener incompetencia eréctil o eyaculatoria con mujeres que tienen alguna característica personal como ser sumisas o dominantes y otras.

Identificación

Consiste en que un impulso inaceptable puede ser aceptable, negándolo en uno mismo, pero identificándolo en alguien que lo personifica. Por ejemplo, un hombre muy pacífico y tranquilo, que tiene impulsos agresivos muy fuertes, se identifica y admira a personas como Hitler o Napoleón. Este mecanismo es muy importante en los “adolescentes” de clase socioeconómica media o alta y urbanos, donde la necesidad de identificación propicia la creación de ídolos juveniles que sirven para la promoción consumista de todo tipo de artículos.

En materia de sexualidad, con frecuencia se observan mujeres que reprimen una sexualidad dinámica, y admiran y se identifican con figuras públicas como actrices que llevan vidas sexuales “agitadas”. Detectar un mecanismo de defensa de este tipo puede ayudar a reconocer una fuerte sexualidad reprimida, en algún paciente.

Formación reactiva

Las tendencias o impulsos inaceptables permanecen inconscientes y manifestándose con conductas opuestas. Por ejemplo, personas que tienen tendencia hacia el alcoholismo se vuelven propagandistas de la temperancia o enemigos de toda la publicidad sobre bebidas alcohólicas.

A menudo, estos mecanismos pueden causar apatía sexual en una persona con impulsos eróticos fuertes, ya que si éstos le son inaceptables, su conducta expresa lo opuesto, con total desinterés por todo lo referente a la sexualidad.

Es un mecanismo de defensa que puede considerarse como una forma de desplazamiento. En él, un objeto deseado y muy valorado, pero que no puede conseguirse, es reemplazado por otro que sí puede ser aceptado y posee características similares al primero. Por ejemplo, el varón o la mujer que se siente atraído por uno de sus progenitores, y que al no poder relacionarse con él, sólo lo hacen con personas que tienen parecido físico o de personalidad con el progenitor.

Este mecanismo de defensa debe ser buscado para descartarse como probable causa de las disfunciones selectivas, las cuales pueden aparecer con personas que ni comparten ese “parecido” con el sujeto inalcanzable.

Regresión

En este mecanismo de defensa, el yo se retira dejando paso a situaciones o épocas en las que dominaban otras estructuras intrapsíquicas y eran menos amenazantes o más satisfactorias; por lo general, es un retorno a la infancia. Se reconoce claramente en algunas personas que, cuando enferman, hablan y adoptan actitudes infantiles. No es raro encontrar esta situación en individuos que tienen alguna disfunción, y que utilizan este mecanismo durante la terapia; además, puede causar una disfunción sin que exista especificidad respecto a algún tipo de ellas.

Conversión

Mecanismo mediante el cual un conflicto psicológico genera de modo inconsciente un síntoma físico. Se relaciona de modo tradicional con la histeria y es importante resaltar que aun cuando no haya un fenómeno orgánico que origine el síntoma, los pacientes no simulan.

Por ejemplo, una persona que espera la llegada de su prometida para casarse. Conscientemente lo desea, pero inconscientemente no, sino que teme su regreso, y desarrolla una ceguera total de días antes del “esperado” regreso. Es característico en estos pacientes, a pesar de la “gravedad” del síntoma (ceguera, parálisis, embarazo ficticio: seudociesis), asumir la actitud de la *la belle indifférence*, es decir, una indiferencia que no concuerda con las dimensiones del problema.

No se ha informado de disfunciones sexuales que puedan tener un origen conversivo, pero siempre valdrá la pena saber que es posible.

Compensación

La persona sustituye alguna deficiencia propia, física o en la personalidad, haciendo resaltar algún rasgo personal que considere valioso. Por ejemplo, una persona de corta estatura puede compensar siendo simpática o agresiva y autoritaria en su trabajo.

En la experiencia clínica, este mecanismo se ha observado a menudo en varones incompetentes eréctiles primarios, que compensan sus disfunciones destacando en el campo de los negocios, las artes, la ciencia o la política.

Pensamiento mágico

Este mecanismo aún no se ha descrito como tal. El autor lo ha observado en la clínica como una forma de proyección, mediante la cual en vez de aceptar una responsabilidad, se tiende a atribuirla a una circunstancia mágica o fortuita.

Resistencia

Este mecanismo se observa con frecuencia en la terapia y consiste en que el consultante no coopera, incluso puede sabotear el proceso terapéutico a niveles inconscientes cuando dice tener pleno deseo de cooperar y seguir el proceso.

En la terapéutica de las disfunciones sexuales se debe estar preparado a la aparición de este mecanismo en la pareja, para controlar y neutralizar esa resistencia que, de no ser detectada por el terapeuta, podría dañar gravemente las perspectivas de éxito de un proceso terapéutico.

En resumen, al igual que la orientación de carácter y personalidad, los mecanismos de defensa pueden, en algunos casos, ser la causa, en otros contribuir y en otros ser muy importantes para el buen o mal desarrollo de la terapia.

Es deber ineludible del sexoterapeuta que se dedica al tratamiento de una disfunción sexual, conocerlos para detectarlos y manejarlos de manera adecuada.

Ansiedad como causa de disfunciones

Ante situaciones o expectativas, agradables o no, los seres humanos presentan fenómenos fisiológicos cuyas manifestaciones pueden producirse en diferentes aparatos y sistemas.

En el aparato cardiorrespiratorio, la hiperventilación puede producir disnea, vértigo e incluso parestesias; en el corazón puede causar taquicardia, extrasístoles, lipotimias e hipertensión.

En el aparato digestivo, la hipersecreción gástrica produce sensación de vacío en el estómago y hay xerostomía. El esófago se contrae dando la sensación de un “nudo en la garganta”; puede haber aumento de movilidad intestinal, cuya consecuencia es dolor abdominal y diarrea o estreñimiento.

En el aparato genitourinario se aprecia polaquiuria y, en ocasiones, disuria.

En el músculo esquelético se observan contractura y tensión musculares involuntarias. Cuando cualquiera de éstas se presenta en los músculos de la nuca y los hombros, origina la típica cefalea occipital y dolor de nuca y espalda. También la musculatura laríngea pueda producir distonía.

Hay también sudación localizada (p. ej., en manos) o generalizada, y en el ojo, midriasis.

A nivel del sistema nervioso autónomo, éste estimula las suprarrenales que liberan adrenalina y noradrenalina, que causan cambios en la presión arterial y taquicardia.

La hipófisis responde con estímulos hipotalámicos, produciendo dos hormonas que participan en la reacción de la ansiedad: la hormona tirotrópica que estimula a la tiroides al incrementar la fuente de energía corporal, y la adrenocorticotrópica (ACTH) que estimula, a su vez, a la corteza suprarrenal.

Además de los cambios fisiológicos descritos, la ansiedad es una experiencia subjetiva que distintos individuos refieren en formas diferentes y que se presenta cuando el sujeto está sometido a situaciones frustrantes, amenazantes o que implican conflicto o peligro; este último no sólo físico sino al nivel de otras condiciones como prestigio, afecto y otras.

A veces, el origen de la ansiedad es muy evidente, como la que presentan algunas personas al volar en aeroplano. Sin embargo, hay ocasiones en que la causa permanece en el inconsciente, no es conocida por el individuo y sólo existe percepción subjetiva y de los fenómenos fisiológicos mencionados.

La ansiedad produce frustración cuando se desea algo sin poder conseguirlo. Tal es el caso del varón incompetente eréctil que intenta una relación sexual, o el de la mujer excitada que no logra tener un orgasmo.

La sexualidad puede ser amenazante y producir ansiedad cuando se prevé que su ejercicio representa un daño. Por ejemplo, la joven que teme a la relación coital por el dolor que le provocará o el joven que teme ser ridiculizado y quedar mal con una compañera por eyacular demasiado pronto.

El conflicto como fuente de ansiedad en el terreno sexual surge cuando la persona desea lograr dos o más metas, pero las acciones que permiten lograr una, incapacita o evitar lograr la otra. Tal vez es el caso del individuo que está muy atraído y excitado en una relación extrapareja o extramarital, pero que a la vez desea seguir siendo fiel a la suya. Es similar la situación de la joven que desea sostener una relación coital con su novio, pero valora la virginidad o teme la responsabilidad de un embarazo no deseado.

Las disfunciones sexuales de cualquiera de las fases pueden producirse por condiciones de ansiedad ante cualquier circunstancia. Así, una persona ansiosa por conflictos, frustraciones o amenazas laborales, familiares o económicas, puede tener disfunciones sexuales. Como se expone en el estudio clínico de las disfunciones, es importante descartar la ansiedad de origen no sexual como factor causal de una alteración en la respuesta sexual.

Dada la importancia que tiene la subjetividad en la ansiedad, es importante recordar que no se puede unificar ni generalizar; lo que para alguien puede ser causa de ansiedad, quizá no lo sea para otra; por lo tanto, deben tomarse en cuenta las reacciones de la persona. Éstas pueden ser emocionales, evidentes y cognitivas.

Las reacciones emocionales que acompañan a la ansiedad son las de carácter negativo como depresión, resentimiento o culpa. En general, el funcionamiento sexual inadecuado es destructor de la propia imagen y decepcionante, por lo que con frecuencia produce depresión. Ésta, a su vez, puede ser un factor coadyuvante o causal de la disfunción. Se establece así un círculo vicioso depresión–disfunción–depresión que se presenta en forma constante en la práctica clínica.

Un círculo vicioso similar se establece con el resentimiento: personas que no logran satisfacción sexual y que además no reciben comprensión y consideración por parte de la pareja. Tal como sucede en las mujeres que han sido compañeras de eyaculadores precoces y que durante años han tenido poca o ninguna satisfacción, sin que él aceptara o se preocupara por resolver el problema. Estos consultantes suelen acudir en busca de ayuda cuando se presenta la secuela más común de la eyaculación precoz: la incompetencia eréctil. Es en estos casos donde se aprecia claramente el resentimiento como reacción emocional de la ansiedad.

La culpa es quizás uno de los elementos más comunes de la ansiedad en materia sexual. Esto se debe a la connotación pecaminosa, indebida y sucia que se da a la sexualidad y que provoca que algunas personas consideren que obtener placer y satisfacción en la relación sexual no reproductora contraviene sus principios y normas morales o se opone a normas sociales. Como en el caso de algunas personas que presentan una disfunción en las relaciones premaritales o cuando es selectiva en las relaciones extrapareja o extramaritales. Incluso, en los casos anteriores, la fuente de ansiedad y culpa pueden no estar en el dominio de la consciencia del consultante.

Las diversas reacciones evidentes por la ansiedad consisten en fenómenos fisiológicos o comportamientos claramente observables. Por ejemplo, la contractura involuntaria de la musculatura vaginal y perineal que se observa en el vaginismo, así como la ausencia de contracciones musculares características del orgasmo. En ambos casos, la reacción es una contractura muscular y la falta de respuesta muscular contráctil, ambas disfuncionales.

En cuanto al comportamiento, las reacciones concomitantes de la ansiedad tienden a evitar la confrontación con la situación generadora de conflicto. Por ejemplo, las personas que dilatan la frecuencia de las relaciones sexuales para evitar enfrentarse a la ansiedad que éstas provocan. En estos casos, la reacción puede ser causa de una disfunción secundaria que se manifiesta como apatía o disritmia. Muchas veces interviene la racionalización y no es raro que haya pretextos como exceso de trabajo, fatiga o malestar.

Otro ejemplo de reacción comportamental de la ansiedad son las personas que sufren una disfunción y evitan todo tipo de contacto o relación con otras. En este caso, la reacción comportamental se vuelve causa y se refuerza en un círculo vicioso. Es importante señalar que es difícil manejar estas reacciones, ya que van acompañadas de una ganancia secundaria que consiste en la reducción de la ansiedad que el comportamiento elusivo tiene.

El último grupo de reacciones a la ansiedad corresponde a las que Jehu (1979) denomina cognoscitivas, y las divide en dos tipos: las de observación y las de evasión.

El primer tipo, la cognitiva de observación, tiene mucha importancia en las disfunciones sexuales y su terapéutica (Masters & Johnson, 1978). Se trata de la situación en la que la persona disfuncional o su pareja están observando que se produzca una respuesta. Como en el caso del varón incompetente eréctil que, ante un estímulo, está observando la evolución de su erección. Igual situación es la de una mujer preorgásmica o anorgásmica que se observa a sí misma para ver si está a punto de tener un orgasmo. Esto coloca a la persona como espectadora de su desempeño. También sucede cuando el espectador es el compañero. En ambos casos se producen dos fenómenos; por un lado, la distracción del individuo de lo que está haciendo, esto es, deja de sentir por observar; por otro lado, el elemento que lo distrae. Ambas situaciones dan como resultado que la persona se separe o desconecte del estímulo sexual que sería efectivo sin los elementos distractores.

La reacción cognitiva de evasión consiste en evitar pensamientos y sentimientos eróticos, de tal manera que la consciencia está disminuida o reducida. Esta reacción es similar a la represión. En este caso, el consultante parece tener bloqueadas las vías sensoriales y los estímulos sexuales, como besos y caricias directas a los órganos sexuales, no las siente o las percibe como molestas o le producen cosquillas. Ejemplos de esta situación pueden ser casos de varones eyaculadores precoces, que no sienten que van a eyacular.

Las fuentes de ansiedad de naturaleza sexual pueden catalogarse en cuatro áreas: anatómica o de respuesta, temor al daño, temor al fracaso y referentes a la transgresión de normas.

En cuanto a las fuentes anatómicas de respuesta sexual, con frecuencia se tratan en la práctica clínica personas que muestran ansiedad con respecto a diversas zonas de su cuerpo, en especial los órganos sexuales. Por ejemplo, el varón que es incompetente eréctil y siente disgusto, o incluso asco, al ver o tocar órganos sexuales femeninos; la reacción es similar ante el pene y, con frecuencia, al esperma. En este sentido es frecuente que refieran que el olor de los órganos sexuales del otro sexo, o del propio, le son desagradables.

Tampoco es raro ver mujeres anorgásmicas que piensan que disfrutar una relación sexual y tener placer en ellas es indebido o inmoral, que las orillará a un camino hedonista que probablemente las vuelva "promiscuas". Se han visto eyaculadores incompetentes cuya principal fuente de ansiedad es el temor a embarazar a la pareja.

El temor al daño, como fuente de ansiedad, puede ser físico o psicológico. En el primer grupo estaría la mujer con vaginismo que teme al dolor, porque le han dicho que expe-

rimentará este último en su primera penetración. La contraparte se observa en el varón incompetente eréctil que teme lastimar a su pareja con la penetración. Hay temor al daño psicológico en el varón incompetente eréctil que siente que si se relaciona sexualmente con una mujer, quedará obligado emocionalmente con ella, incluso, se han visto casos en los que siente pavor a quedar bajo el influjo de una mujer dominante y autoritaria. Existe la mujer que desarrolla hipolubricación o anorgasmia, ya que después de varias ocasiones o años, en cada relación sexual se experimenta frustración, por ser el compañero eyaculador precoz. En ellas se desarrollan, además del temor al daño psicológico, sentimientos intensos de resentimiento e incluso de agresividad.

Otra dimensión del temor al daño psicológico es el hecho, frecuente, de la persona disfuncional por temor a que vuelva a repetirse una relación similar a una o algunas previas, en las que fue lastimada o dañada emocionalmente.

El temor al fracaso es una de las causas de ansiedad que tienen mayor importancia en materia de disfunciones sexuales (Masters & Johnson, 1978; Kaplan, 1974; Lo Piccolo, 1979), lo cual puede presentarse a menudo en la práctica clínica.

Es casi cotidiano el caso del hombre que en una ocasión es incompetente eréctil, por fatiga, ebriedad o cualquier otra causa, que se preocupa por ello y, en corto lapso, busca de nuevo una relación sexual para iniciar “probarse a sí mismo que sí funciona”: lo más probable es que al iniciar una relación sexual con esta idea en mente, se establezca el mecanismo de reacción a la ansiedad al que se denominó cognoscitivo de observación, el cual propicia que la incompetencia eréctil se repita, estableciéndose así un círculo vicioso. Este mecanismo es la causa de un número importante de casos de incompetencia eréctil secundaria; en la mujer parece no existir quizá porque la lubricación vaginal no tiene la connotación social de “potencia” como lo tiene para el hombre.

Cuando se presenta una situación de este tipo, es necesario considerar a la pareja; si ésta es estable, ella pensará que ya no es atractiva para él o, en el caso contrario, el compañero de la mujer anorgásmica o hipolubricante tendrá la sensación de no poseer habilidad o capacidad para llevarla al orgasmo.

En algunos varones o mujeres existe el sentimiento que si no tienen un desempeño sexual adecuado van a ser infravalorados, a “quedar en ridículo”, o bien provocarán el enojo o rechazo de su compañero. Estas situaciones producen ansiedad que puede ser causa de disfunciones en ambos sexos.

Otra situación que se presenta es el de la persona que se impone metas de desempeño sexual excesivas; de esta manera, mujeres preocupadas por satisfacer a su compañero son incapaces de plantear la necesidad de prolongar caricias o el juego erótico precoital, o bien hombres cuya meta de satisfacer a su pareja es tan acentuada que con facilidad pueden presentar tanto incompetencia eréctil como eyaculatoria. En este mecanismo, muchas veces, subyace el temor a ser rechazado, que había sido visto como característica de la orientación receptiva del carácter.

La transgresión de normas morales o sociales es fuente de ansiedad que puede producir disfunciones sexuales. Tiene especial significado en países donde la educación y las normas son muy rígidas en materia de sexualidad. Mujeres que han sido educadas de tal forma consideran la relación sexual premarital como un tabú tan severo que, incluso después del matrimonio, queda arraigada la idea de que el sexo es pecaminoso o indebida la obtención de placer del mismo, y surgen sentimientos de culpa como reacción emocional

a la ansiedad. En el varón se encuentra esta situación. En nuestro medio está arraigada la idea de que hacer el amor con la esposa debe ser en forma “correcta”, “moral” y sin “faltarle al respeto”.

Por eso, hay parejas disfuncionales, porque el marido restringe el tipo de caricias con su esposa, muchas veces al grado que ella nunca logra placer, pocos o ningún orgasmo o, a veces, no logra excitarse. Muchos de estos maridos en relaciones extramaritales son amantes extraordinarios porque sienten que no importa “faltarle el respeto a la mujer que no es su esposa ni madre de sus hijos”.

En caso inverso también es causa de disfunciones, es decir, la situación en la pareja presenta una disfunción selectiva a las relaciones extramaritales o extrapareja. Aquí surge ansiedad y culpa al transgredir la norma de fidelidad conyugal.

Este último tipo de causas que se ha analizado, demuestra el traslazo que surge cuando se pretende, en forma artificial y con fines didácticos, separar categorías. La educación que incorpora en el individuo una serie de normas y tabúes es un proceso social, el cual se expresa como un efecto psicológico al transgredir la norma. Es por esto que los factores causales de las disfunciones pudieran llamarse psicosociales.

Reacciones psicológicas ante la cirugía y la enfermedad

En el capítulo anterior se vieron los efectos directos que la enfermedad o la cirugía podían tener sobre la respuesta sexual de las personas. Hay situaciones que en que sin haber un efecto fisiológico que limite la sexualidad, las reacciones y percepciones psicológicas ante la cirugía o la enfermedad se convierten en causas de disfunciones.

En este sentido, uno de los fenómenos comunes es el temor a sufrir un daño o morir, como en el caso de las personas que han tenido un infarto al miocardio, que a pesar de no existir peligro de recidiva o muerte, disminuyen su actividad sexual, como lo han demostrado diversos estudios. Es importante la ansiedad ante la muerte como causa de disfunciones sexuales.

También es frecuente el temor al fracaso que queda como secuela de una enfermedad o de una intervención quirúrgica, y que puede provocar disfunciones sexuales por medio de los mecanismos de defensa.

Muchas enfermedades crónicas producen represión por la incapacidad física o los dolores que las acompañan, como en el caso de la artritis. La depresión también puede ser efecto indirecto de la insuficiencia renal por el efecto depresivo que tienen las toxinas urémicas en los pacientes. Todas las enfermedades o intervenciones quirúrgicas riesgosas para la vida de la persona o que provocan alguna limitación física, producen ansiedad y, por tanto, disfunciones sexuales, por la seguridad en sí mismo(a) en el área sexual disminuye.

Otro aspecto que no debe olvidarse es el de las enfermedades o intervenciones quirúrgicas que dañan la imagen corporal y afectan el autoconcepto y confianza del individuo, como amputaciones de miembros, mastectomía, histerectomía, osteotomía, cicatrices o deformidades por accidentes o quemaduras.

Algunas enfermedades o cirugías pueden afectar a la persona en la identidad de su género, haciéndolos dudar acerca de su masculinidad o feminidad como la mastectomía

e histerectomía en la mujer o la prostatectomía que en el varón produce eyaculación retrógrada.

En esta área es importante considerar como factor causal de disfunciones sexuales las actitudes que tome la pareja del enfermo ante la enfermedad, cirugía y sus secuelas. La pareja puede contribuir a que se establezca una disfunción por el rechazo al paciente que ha perdido atractivo físico, o reforzando la inseguridad y ansiedad a través de una sobreprotección. Como en el caso de la persona que ha sufrido un infarto que en vez de estimularlo a retomar una vida normal con un mínimo de limitaciones, se le coloca en la posición de inválido sobreprotegido, logrando que el paciente refuerce sus temores e inseguridad.

Por su parte, el paciente que ha quedado con una limitación física puede necesitar mucha ayuda y ser no sólo dependiente, sino ejercer demandas excesivas sobre su pareja, provocando en ésta rechazo y culpa, con lo que puede desencadenarse una disfunción de la pareja por los efectos y respuestas psíquicos.

Padecimientos psiquiátricos

Existe la creencia de que los padecimientos psiconeuróticos y psicóticos se acompañan de problemas sexuales. Un estudio de Pinderhages (1972) demostró que más de 80% de los psiquiatras y 40% de los pacientes psiquiátricos de su estudio pensaban que los trastornos psiquiátricos interferían necesariamente con la sexualidad. También expresaron que la recuperación de un problema psiquiátrico podría tardar si los pacientes reiniciaban su vida sexual activa. Por otro lado, un estudio de Winokur (1959) mostró que prevalencia de problemas sexuales no era mayor en un grupo de neuróticos y psicóticos de lo que podría ser en la población general, aunque este estudio confirmó una menor frecuencia coital en los psicóticos que en los otros grupos.

A continuación se da un análisis objetivo de los padecimientos mentales y sus efectos sobre la sexualidad, según la nomenclatura y clasificación del **DSM-IVR** de la *American Psychiatric Association*.

En primer lugar, se encuentra el retraso mental como factor causal de disfunciones; las personas con este problema conforman uno de los grupos a los que se les niega la sexualidad. En la actualidad, hay fuertes corrientes a favor de la educación sexual para personas con capacidad intelectual diferente y sus familias, lo que les permita integrar la expresión de la sexualidad como una dimensión de su vida. En este sentido, en México, se han iniciado algunas actividades a través de la Confederación de Asociaciones en pro del Deficiente Mental, A.C.

Se sabe que el alcohol en pequeñas dosis puede tener efecto estimulante sexual por desinhibición cortical, pero en mayores dosis y cuando la ingestión es crónica, el efecto es el de un abatimiento de la respuesta sexual. No es raro que el alcohólico presente incompetencia eréctil y, tal vez, la alcohólica tenga hipolubricación.

No se conocen estudios sobre psicosis enfocados a la sexualidad, salvo que a veces interviene en forma importante en los delirios y alucinaciones. Muchos de los fármacos usados, en especial los tranquilizantes potentes, tienen efectos deletéreos sobre la respuesta sexual (cap. 6).

En relación a la depresión y la psicosis maniaco-depresiva hay que hacer algunas consideraciones. Existe disensión acerca de si la depresión afecta o no a la respuesta sexual. Los estudios sostienen puntos de vista contrarios. La práctica clínica y la experiencia muestran que ambos puntos de vista pueden ser ciertos. Por un lado, la depresión endógena, cuando presenta trastornos característicos del sueño, angustia, irritabilidad, pesimismo, falta de energía, apatía generalizada, puede afectar la respuesta sexual en la fase de estímulo y producir apatía sexual.

No es raro que los resentimientos de minusvalía y afectividad “a flor de piel” del individuo deprimido lo hagan buscar afecto, muchas veces por medio de la relación sexual; por consiguiente, no hay disfunción alguna. Otro fenómeno que puede presentarse es que un sujeto deprimido busque revalorizarse por medio del ejercicio de la sexualidad, con lo que “probaría” que sí vale y sí puede. Cuando esto ocurre, puede establecerse el círculo vicioso de incompetencia eréctil o hipolubricación.

En resumen, es un error generalizar que la depresión produce disfunciones, como también lo contrario. Cada caso plantea características específicas y podrá o no originar disfunciones. Lo que sí las causa es la administración de antidepresivos (tricíclicos e inhibidores de la monoaminoxidasa).

En la psicosis maniaco-depresiva, la fase maniaca puede caracterizarse por hipersexualidad (deseo sexual aumentado); sin embargo, puede establecerse cualquiera de los mecanismos señalados y producir disfunciones. La fase depresiva tiene las mismas características.

En la neurosis y la ansiedad son frecuentes las disfunciones por la intervención de los mecanismos de defensa. En la neurosis histérica, que se caracteriza por histrionismo, se trata a personas en apariencia muy seductoras y sexuales, aunque a menudo disfuncionales, sobre todo con anorgasmia, preorgasmia e incompetencia eyaculatoria.

La neurosis obsesiva compulsiva, que es un grado más acentuado de la orientación acumuladora del carácter, tendrá propensión a las mismas disfunciones que los individuos con esa orientación.

Por el enfoque de este libro, no podrán tratarse con amplitud las causas psicológicas de las disfunciones; sin embargo, las revisadas permitirán al lector considerar las principales que pueden causar o contribuir al establecimiento de una disfunción sexual, faltando por valorar los factores sociales y educativos y su intervención como causa de las disfunciones.

8 Causas sociales y educativas

Aspectos generales

Por tradición, se considera al hombre como un ente biopsicosocial, incluso la OMS (Organización Mundial de la Salud) define e integra en su concepto de salud el bienestar social de las personas. La sexualidad es una de las dimensiones del comportamiento humano en el que el aspecto social tiene mayor trascendencia, por lo que deben tomarse en cuenta las causas sociales tanto para el diagnóstico como para la terapéutica de las disfunciones.

A continuación se tratan los factores principales que intervienen en esta dimensión.

Educación

La educación que se recibe, primero en el hogar, después en la escuela, en la calle y en todas las circunstancias sociales, conforma la personalidad y todas las creencias, actitudes y conocimientos que tendrán profunda influencia en el comportamiento. Asimismo, depende de la forma en que se aborde la sexualidad que serán las consecuencias sobre el comportamiento y la respuesta sexuales. Masters y Johnson (1978) señalaron que las ideas religiosas muy ortodoxas eran causa de disfunciones en un número importante de pacientes. Encontraron en 30% de sus pacientes un antecedente de educación represiva de la sexualidad, y en 25% la sexualidad nunca era mencionada en sus familias. En México, se encuentra alguna o ambas situaciones en más de 80% de la casuística.

En nuestro medio, desde pequeños se nos enseña que los órganos sexuales son una zona sucia que no puede tocarse, se debe ocultar y a la que incluso no podemos nombrar, razón por la que se le denomina: “pajarito”, “cosita” y de otras formas. Los niños a quienes se sorprende tocando o explorando sus órganos sexuales son reprendidos con frases como: “eso no se hace”, “cochino”, “se ve feo”, incluso con frecuencia es castigado. Esto no sólo se limita a los órganos sexuales, sino que se amplía sobre todo en las mujeres, al fijarse les la idea de que hay que ser “recatadas” y “pudorosas”. A lo anterior, se agrega que hay quienes aún piensan que el sexo es sólo el medio para la reproducción de la especie”. Los niños que tienen erecciones involuntarias son reprendidos o simplemente la situación es ignorada desviándose la atención del asunto. Las eyaculaciones nocturnas son tomadas con desagrado y como algo sucio, por lo que muchos jovencitos se avergüenzan de ellas; por otro lado, la menstruación es vista como algo desagradable y sucio que hay que ocultar. Con el paso del tiempo, todas estas costumbres o ideas han ido desapareciendo o cambiando.

En la actualidad, la censura en los medios de comunicación es “casi nula”; además, las mismas autoridades de salud promueven mensajes sobre sexualidad en un intento por reducir las enfermedades (como el sida) o para evitar embarazos no deseados (muchos de los cuales terminan en aborto y con repercusiones). Por fortuna, toda esta evolución ha propiciado que la sexualidad tome un papel relevante en la salud del individuo.

Asimismo, debemos comentar que en algunas personas aún persisten ideas sobre: a) “lo pecaminoso, sucio y peligroso” de la masturbación, a la que se ha llamado “vicio solitario”; b) el enorme peligro social que representa para la mujer la pérdida de la virginidad, que tiene que ser defendida como la virtud que la hará una mujer aceptada, que si la pierde afrontará la más grande devaluación como ser humano; c) el disfrute sexual de la mujer es indebido, no existe o no debe existir, incluso hay mujeres que no han visto o tocado sus órganos sexuales. En resumen, son individuos que valoran la sexualidad como algo negativo y no lo consideran con naturalidad, como fuente de placer, desarrollo personal y medio de reproducción.

Esta educación restrictiva y negadora de la sexualidad aparece con frecuencia en historias clínicas de consultantes con disfunciones (ver apéndice de casos clínicos). En algunos se presenta como el principal factor causal, en tanto que en otros viene a ser un coadyuvante importante al establecimiento de la disfunción.

Una creencia muy arraigada, en algunas mujeres, es que existen dos tipos de orgasmo: uno clitorídeo y otro vaginal. El segundo es el “sano” o “adecuado”. Esta información falsa hace que con frecuencia haya mujeres anorgásmicas y preorgásmicas cuando, con sólo realizar o aceptar un poco de estimulación clitorídea, podrán ser orgásmicas y llevar una vida sexual placentera y satisfactoria, como se señaló antes. A este respecto, el factor desencadenante del orgasmo puede variar mucho. Se han visto mujeres que perciben como estímulo sexual efectivo muy intenso una caricia en los senos o en la oreja, y han tenido orgasmos con estos estímulos. De seguirse el criterio que nos ocupa, además de orgasmos clitorídeos y vaginales, habría que agregar el de los pezones, auriculares y cientos más. La realidad es que fisiológicamente la respuesta orgásmica es una, pero los estímulos pueden variar y la percepción subjetiva también, por lo que cada persona debe descubrir y conocer el tipo de estímulos que le son más satisfactorios.

En el varón existe la opinión (compartida por muchas mujeres) de que proporciona más placer un pene más grande. De ahí que existen aparatos, incluso ejercicios, que su-

puestamente aumentan su tamaño. Esta creencia hace que algunos hombres tengan un fuerte sentimiento de devaluación, que a través de ciertos mecanismos (antes señalados), lo puedan llevar a una disfunción. El tamaño del pene es irrelevante en cuanto a la capacidad de proporcionar placer a la pareja. Se tiene el caso de un consultante que por muchos años fue incompetente eréctil y, sin embargo, era considerado como un gran amante por varias mujeres.

En conferencias a jóvenes, el autor propone que el órgano sexual más importante del varón no es el pene, que son las orejas. Ante la perplejidad del auditorio, dicho autor explica que el mejor amante no es el que tiene un pene más grande o la mayor erección, el mejor amante es aquel que sabe escuchar a su pareja, lo que desea, cómo lo desea y en dónde.

Otra opinión frecuente se refiere al orgasmo simultáneo. Existen muchas parejas que consideran que para que una relación sexual sea en verdad satisfactoria es indispensable que ambos lleguen simultáneamente al orgasmo. A menudo y dada la dificultad para lograrlo, esto produce insatisfacción; en otros, se desarrollan disfunciones por la ansiedad implícita en lograrlo. Lo cierto es que la duración de las distintas fases de la respuesta en cada persona puede ser diferente dependiendo de múltiples factores personales o ambientales; esto hace difícil lograr el orgasmo simultáneo, aunque no imposible, que cuando se obtiene, puede ser muy satisfactorio, pero sin que se vuelva una necesidad o una compulsión.

Muchos hombres piensan que la mujer puede recibir el pene dentro de la vagina en cualquier momento, sin la menor preparación y desconocen la necesidad de lubricación adecuada; por tanto, con frecuencia, hay mujeres que consultan por dispareunia, preorgasmo o anorgasmo.

Al igual que con los temas ya mencionados, aún hay múltiples y falsas opiniones respecto a la menstruación, masturbación, eyaculación y la sexualidad en general, que con frecuencia originan disfunciones importantes. Por eso, la exploración del nivel educativo de la persona o pareja es parte del estudio clínico integral de las disfunciones, como se expone más adelante.

Economía

Por extraño que parezca, el nivel de ingreso económico de las personas puede ser también factor causal de disfunciones. Kinsey demostró cómo el comportamiento sexual se modifica por factores sociales diversos, entre ellos, el económico. Esta circunstancia reviste aún mayor importancia en los países en vías de desarrollo.

En México, donde la mayor parte de las familias están compuestas por más de cinco miembros y se ven forzados muchas veces a vivir en una sola habitación, resulta imposible tener intimidad y privacidad. Esta circunstancia, aunada a una educación represiva en la que la mujer, sólo sirve para proporcionar placer y servicio al hombre y estar embarazada, es una causa del gran número de mujeres anorgásmicas.

La situación anterior se refiere a la población de menor ingreso; sin embargo, entre la clase media se encuentran situaciones similares respecto a la falta de privacidad. Varias parejas han asistido a consulta por una disfunción causada por vivir en casa o departamento de interés social. La pareja o uno de sus miembros presenta una inhibición, ya sea de la fase vasocongestiva o mioclónica, porque las paredes de su vivienda permiten que se escuche todo lo que dicen y hacen sus vecinos; éstos escucharán todo lo que la pareja

haga, diga o exclame durante la relación sexual, y la respuesta sexual se inhibe. La misma situación se plantea en el caso de viviendas donde en habitaciones adyacentes se encuentran los hijos de la pareja.

Los anteriores son sólo dos ejemplos que muestran en forma clara cómo múltiples factores vinculados al ingreso y nivel económicos pueden tener trascendencia sobre el desempeño y disfrute sexual, y llegar a ser factores que originen disfunciones.

Experiencias sexuales negativas

No es raro encontrar, como factor causal de una disfunción, algún evento sexual muy negativo o traumático. Esto debe considerarse también en el estudio clínico de todo consultante por disfunción.

Una de las experiencias negativas que con mayor frecuencia se presentan, es la de haber sido sorprendido masturbándose por alguna figura de autoridad (padre, madre o maestro), que haya motivado una fuerte reprimenda y acompañada de terribles amenazas acerca del daño que ésta puede causar. Lo mismo puede haber sucedido con eyaculaciones nocturnas, o en el caso de jovencitas o niñas que se masturban hasta el orgasmo. Una reprimenda de este tipo puede dejar como secuela la idea de que la práctica sexual es mala, peligrosa e indebida; sentimiento que en algunos varones y mujeres predomina aún en niveles inconscientes y que impide el desarrollo de una respuesta sexual satisfactoria. Estas situaciones pueden dar origen a una hipolubricación, incompetencia eréctil o anorgasmia. En muchos casos se encuentra esta causa en la eyaculación precoz o incompetencia eréctil.

Otra circunstancia traumática puede ser la de los niños de cualquier sexo que hayan sido atacados sexualmente por un adulto, no pocas veces miembro de la familia, incluso alguno de los padres. Al respecto, es necesario hacer unas consideraciones de interés. Cuando el niño o la niña son abordados por un extraño sin uso de violencia o amenazas, el daño psíquico y emocional es mínimo, siendo más graves y dañinas las actitudes de alarma y protesta, casi trágicas, de la familia, que en el acto mismo. Es diferente la situación del niño o joven de cualquier sexo que vive esta situación con algún miembro de su familia, pero bajo amenazas o chantajes, que sí es una forma de violencia. Estas violaciones pueden ser la causa o coadyuvantes importantes de diversas disfunciones sexuales, dependiendo del tipo de la misma, de factores que hasta la fecha desconocemos en detalle.

En México, se sabe que son muy frecuentes estas situaciones, en especial, en estratos socioeconómicos bajos; pero desafortunadamente no se dispone de una correlación porcentual válida en cuanto a la existencia de disfunción.

Una situación que es importante por su frecuencia en nuestro medio es la de una experiencia sexual mala, frustrante o incluso dolorosa, como causa de disfunciones. En el caso de varones con incompetencia eréctil primaria, es frecuente el antecedente de un primer intento de relación sexual con una prostituta agresiva o burlona o muy desagradable y poco atractiva, habiéndose sentido presionado por amigos o circunstancias.

Es común el caso de mujeres disfuncionales que, en su noche de bodas, fueron maltratadas y lastimadas por esposos desconsiderados e ignorantes. No debe olvidarse la situación de la mujer que ha sido violada, primero por un atacante, y muchas veces, por desgracia, maltratada en su dignidad de ser humano por agentes policíacos u otras autoridades. Sin duda, éstas constituyen circunstancias provocadoras de disfunciones sexuales.

Por otra parte, se observan casos en los que la experiencia sexual negativa se produce por circunstancias familiares o económicas. Tal es el caso de la joven pareja que sostiene caricias o relaciones sexuales en la casa de uno de ellos a escondidas de los padres, o en algún parque o lugar aislado o en el automóvil; en el primer caso pueden ser descubiertos por la familia, con la consiguiente actitud desaprobatoria que va desde el regaño hasta los castigos extremos; en segundo término, la pareja puede ser descubierta, amenazada o extorsionada por un policía. Cualquiera de estas situaciones puede crear una experiencia negativa que desencadene una disfunción.

La primera experiencia sexual puede ser negativa cuando es esperada con demasiada ansiedad. Suele suceder que un primer encuentro sexual no es fácil por múltiples factores, como experiencia, desconocimiento de la pareja y otros más; si se espera demasiado y no se obtiene es frustración y ansiedad. También es factible que la pareja escoja condiciones y circunstancias desfavorables para su primera experiencia, que al no ser satisfactoria genera frustración y ansiedad subsecuentes. A este respecto, puede citarse como ejemplo el caso de una joven pareja que solicitó una consulta urgente. Pocos días antes habían decidido tener ambos su primera experiencia sexual; la obtuvieron a pleno día en un salón de clases y consultaban por incompetencia eréctil, hipolubricación, anorgasmia y eyaculación precoz. Era obvio que una relación sexual bajo estas circunstancias tenía que originar problemas. La solución fue tener sus relaciones en un sitio cómodo que les asegurara privacidad y tranquilidad.

Estas experiencias negativas pueden ser causa de disfunciones y se deben investigar; sin embargo, no siempre hay una correlación causa-efecto y aún no se aclara cuándo una situación negativa, como las referidas, origina una disfunción y cuándo no.

Procesos de aprendizaje

Uno de los conceptos más revolucionarios que Masters y Johnson difundieron es que en gran parte de la respuesta sexual humana es aprendida. Este hecho es importante, como se verá más adelante, para una terapéutica breve y efectiva de las disfunciones. Debe quedar claro que en el individuo es innata la capacidad de responder, que depende de diversas influencias ambientales y que las modalidades de respuesta son aprendidas. Una meseta larga o corta o multiorgasmia son modalidades de la respuesta sexual que los seres humanos aprenden, muchas veces sin advertirlo.

Hay diversos procesos de aprendizaje que pueden ser causas directas o indirectas de disfunciones sexuales, los principales son: el **condicionamiento negativo** o **aversivo**, el **condicionamiento evasivo pasivo** o **activo**, el **reforzamiento negativo**, el **aprendizaje por observación** y el **aprendizaje cognitivo**.

Se habla de **condicionamiento negativo aversivo** cuando una situación dada siempre se asocia con daño, castigo o reprobación. Eso se observa con frecuencia cuando la familia y el medio castigan, reprueban y en ocasiones dañan al individuo que expresa su sexualidad. Esta circunstancia deja en la persona la asociación entre sexualidad y efectos negativos, que producen ansiedad cuando se ejercita la sexualidad con los consiguientes efectos mencionados.

Reprender a una niña o niño cuando se refiere a sus órganos sexuales o cuando los toca desencadena este proceso, más cuando se asocia a la masturbación o relaciones sexuales.

Esta situación pocas veces se acompaña de un aprendizaje discriminativo en el que se plantearían opciones aceptables para el comportamiento sexual, por ejemplo, si masturbarse en clase es malo, pero no lo es cuando se hace en la intimidad; por ello, con frecuencia se ven en la clínica personas que presentan ansiedad intensa de este origen, vinculada a la actividad sexual y que es origen de diversas disfunciones sexuales.

En ocasiones, cuando los individuos buscan reducir la ansiedad pueden utilizar uno de los siguientes mecanismos; por un lado el **condicionamiento evasivo activo** o el **condicionamiento evasivo pasivo**, o simplemente la persona no participa en ninguna actividad sexual y se niega a ello. Esta situación se ve durante la terapia, cuando uno de los miembros de la pareja se resiste a participar en ella.

Muchas veces, un reforzamiento positivo inadecuado es causa de disfunciones sexuales. Así, cuando un joven o una joven reciben premios y alabanzas por dedicarse a actividades “útiles”, en vez de “perder el tiempo” en relaciones con el otro sexo, o cuando evitan la sexualidad para obtener beneficios o gracias, esta situación puede aprenderse y después surgir en la vida sexual, dando lugar a una disfunción.

Un condicionamiento negativo tiende a ser persistente por la forma efectiva como evita la ansiedad, y muchas veces permanece, aun cuando ya no hay riesgo de castigo o reprobación; de ahí que después del matrimonio se observen muchas de esas actitudes.

El **aprendizaje por observación** interviene en forma importante en el origen de las disfunciones. En este caso, la persona imita y aprende comportamientos y actitudes que después originan disfunciones. Por ejemplo, el joven que observa que sus compañeros eyaculan rápidamente en una competencia de adolescentes o en una casa de prostitución. De igual manera, la jovencita que observa en fotonovelas el comportamiento de la mujer buena y virtuosa que obtiene todos los premios, menos la satisfacción de una vida sexual plena.

Por último, el **aprendizaje cognitivo** puede también convertirse en origen de disfunciones. Aquí interviene el aprendizaje de creencias o información incorrectas que muchas veces se adquiere respecto a la sexualidad. Es muy importante la falta de información que proviene de hogares en los que no se menciona el tema de la sexualidad, reforzado por información inadecuada a través de los medios masivos de comunicación.

Factores familiares

Se cuenta con diversos estudios que sugieren que la relación entre padres e hijos puede propiciar disfunciones sexuales. Algunos estudios son contradictorios y es difícil darle valor total a esta circunstancia; sin embargo, la práctica clínica muestra, sin duda, situaciones en las que este factor es innegable. Por ello, vale la pena analizarlo aquí para que el clínico tome en cuenta esta posibilidad en el estudio de un caso.

Masters y Johnson mencionan la existencia de antecedentes de padres perfeccionistas, dominantes y demandantes, en algunos casos, de incompetencia eréctil. Al parecer, esta actitud es destructiva para la autoconfianza y competencia sexual de sus hijos. Estos autores refieren el antecedente de madres cuyo comportamiento era seductor y manipulador, que minaba de alguna manera la capacidad y seguridad del hijo para relacionarse con personas del sexo opuesto.

Por su parte, Fisher (1973), en un grupo de mujeres estadounidenses, encontró una predisposición a tener baja capacidad orgásmica en aquéllas que referían un trato casual

y permisivo por parte de su padre. No se encontró correlación con el tipo de trato de la madre, considerando el autor de mayor importancia la relación con el padre por ser con él con quien se establece la primera relación con el otro sexo, y este tipo de trato puede interpretarse como un trato lejano, despegado y sin interés. Fisher también encuentra correlaciones entre capacidad orgásmica baja y ausencia del padre, por muerte, separación o ausencias prolongadas.

Por su parte, Uddenberg (1974) informó que en un estudio realizado en 101 mujeres suecas, se observó una correlación significativa con una relación paterna mala, caracterizada por un padre austero, comunicativo o de “mal carácter”. Las pacientes no refirieron características significativas respecto a su madre; sin embargo, al entrevistarlas, se las notó más ambivalentes y negativas en su trato hacia los pacientes en la infancia que a las madres de un grupo control. En este mismo estudio, el autor mostró correlación entre menor satisfacción sexual y frecuente discordia entre los padres.

Estos estudios son poco concluyentes y es evidente que el tipo de relaciones con los padres viene a ser el modelo de relación, sobre todo con las personas del otro sexo, y a través de éste se pueden establecer los diferentes procesos de aprendizaje que fueron analizados con anterioridad.

Vejez

Aun cuando el proceso de envejecimiento es biológico, se incluye en este capítulo puesto que más que cambios biológicos en la respuesta sexual, son las actitudes sociales y la educación las que provocan disfunciones en esta etapa de la vida.

Los principales cambios que ocurren en la respuesta sexual del anciano son, en la mujer: hipolubricación por hipoestrogenismo, “acartonamiento vaginal”, menor potencia de las contracciones mioclónicas y mayor latencia entre el estímulo sexual efectivo y la lubricación; en el varón: erecciones menos firmes, disminución del volumen eyaculado, menor fuerza para eyacular por disminución de la potencia en la contracción muscular, y mayor latencia entre el estímulo sexual efectivo y la erección. En el varón, hay incremento en el periodo refractario, también puede darse en la mujer aunque faltan estudios en este sentido.

Ninguno de estos cambios basta para anular la respuesta y el deseo sexuales. Ambos persisten en el ser humano hasta edad muy avanzada.

Muchas mujeres, en especial en quienes la sexualidad es inminente o sólo con fines reproductivos, consideran indebida cualquier manifestación sexual después de la menopausia. A lo anterior se agregan concepciones sociales de “respetabilidad” que les niega toda posibilidad de manifestar deseo o desempeño sexual con el riesgo de ser tachadas como “viejas locas”.

En el caso de los varones, muchos de ellos por ignorancia consideran los cambios naturales en la respuesta sexual como indicativos del inicio del “climaterio masculino”, que con facilidad produce inseguridad y ansiedad de desempeño. También en el caso del anciano, pues la sociedad lo tacha de “viejo rabo verde” si se atreve a manifestar en forma abierta su deseo sexual o si practica alguna actividad sexual.

Hay movimientos e instituciones que buscan la reivindicación social del anciano para suprimir el estigma de inutilidad e incapacidad, y es un hecho que los ancianos de ambos sexos, al igual que niños, homosexuales e incapacitados física o mentalmente deben ser reivindicados y reconocer su sexualidad, y el derecho que tienen a ejercerla y disfrutarla.

9 Causas originadas por problemas en la pareja

Aspectos generales

Cuando los individuos deciden constituir una pareja se han cumplido varios niveles de atracción, y cada uno siente que recibe satisfacción a diversas necesidades. Llegan con sus propias necesidades, frustraciones, personalidad, conflictos y mecanismos de defensa que interactúan consciente o inconscientemente sobre la relación. A todo esto, es necesario agregar los conflictos, tensiones y ajustes que deben surgir de una relación de convivencia.

También es común encontrar conflictos en parejas disfuncionales. Kaplan (1974) informó que 70% de sus pacientes disfuncionales presentaba, además, problemas de relación de pareja; de igual modo, 75% de sus consultantes por problemas de pareja manifestaba alteraciones sexuales.

Suelen guardar relación causa-efecto y, para seleccionar la estrategia terapéutica, es muy importante determinar si el trastorno sexual se debe a la pareja o si el problema de la pareja ha determinado la disfunción sexual.

Con estos criterios se analiza la problemática de la pareja que puede causar disfunciones sexuales. Es importante aclarar que no nos referimos sólo al matrimonio, puesto que la experiencia clínica muestra que también consultan, y son parejas con conflictos similares, las no casadas, incluso de homosexuales y lesbianas.

Primero, se comentan los procesos relacionados con la información de la pareja y, después, los mecanismos y conflictos que pueden surgir, basando el análisis en conceptos de Tennov (1981), Ables (1977), Jehu (1979), y algunos del autor.

La relación entre dos personas se establece cuando se presentan sucesivamente, lo que a juicio del autor, son tres niveles de atracción: **física, intelectual y afectiva**.

La **atracción física** no implica necesariamente la conformación a cánones estereotipados, se refiere a que la fisonomía de una persona induce al acercamiento. Quizás, en este nivel de atracción intervienen las feromonas en forma importante (secreciones que todos producimos y que se captan en el rinencéfalo), de la misma forma que muchos animales detectan el celo de una hembra por estímulos olfativos. Según investigaciones recientes, parece ser que estos mecanismos existen en el ser humano y originan atracción o rechazo que provocan algunas personas a primera vista, sin tener clara consciencia de la causa.

La **atracción intelectual** se refiere a la coincidencia de intereses, ideologías, metas, y muchas otras causas. En esencia, circunstancias que permiten la comunicación, sin ser ésta necesariamente verbal. Suelen encontrarse parejas que no hablan el mismo idioma, pero en las que existe atracción intelectual real (o imaginaria).

Una vez establecidos los dos niveles, puede desarrollarse el tercero: la **atracción afectiva**. Ésta depende de factores que escapan al conocimiento preciso y, por tanto, no sistematizable. Sin embargo, podemos conceptualizarlo como cariño y amor, y podríamos sintetizarlo por un sentimiento de “tú me importas”

Muchas parejas tienen como antecedentes de su formación un proceso de enamoramiento. Dorothy Tennov (1981) lo ha estudiado y sistematizado denominándolo estado de **limeranza**. Cuando una persona se encuentra en estado de **limeranza** tiene pérdida relativa de contacto con la realidad, su pensamiento sólo está en otra persona, hay un deseo constante de estar cerca de ella, todas las circunstancias giran en su derredor, sólo se desea darle, no se tolera la separación, se cancela todo nivel de atracción por otras personas; en resumen, esta persona se convierte en el todo de la motivación de la existencia.

Como se mencionó, en esta situación participan elementos conscientes e inconscientes; cada individuo proyecta sus propias necesidades y percepciones simbólicas a la persona amada, tanto que ésta es idealizada a niveles que rebasan sus cualidades reales.

La mayoría de las parejas se constituye cuando se cumplen los tres niveles de atracción y en función de que se da un estado de limeranza. Siendo este enamoramiento un estado especial, muchas veces surgen conflictos cuando se pasa de un estado romántico de deslumbramiento y gran intensidad, a uno de relación extensa, convivencia y resolución de problemas.

En el estado de limeranza, los amantes sólo viven para darse todo uno al otro; paradójicamente, la pareja demanda poco pero obtienen todo, ya que el compañero está en la misma situación, da todo y pide nada. Bajo este torbellino de intensos sentimientos, cada uno responde en forma óptima a las necesidades del otro y, por tanto, no requiere gratificar las propias. Sin embargo, cuando la pareja inicia la convivencia, las exigencias cotidianas demandan cada vez más atención; así, la primera modificación consiste en que ya no es la atención sólo para el compañero, sino que surge una serie de situaciones paradójicas, dejan de ser suficientes el uno para el otro, empiezan a percibirse a sí mismos con base en sus propias características reales, más que en función de las necesidades del compañero. En tanto más se incrementan las necesidades de la vida cotidiana, cada uno da menos y pide más. Al mismo tiempo, puesto que la vida se presenta con más problemas de mayor complejidad, cada uno espera más del compañero. Se crea así un grado de dependencia en el que simultáneamente aumentan las expectativas y fricciones.

En este momento es muy importante en la vida de la pareja la capacidad de establecer el equilibrio entre las necesidades propias y lo que les es demandado. Hay individuos que llegan al matrimonio o relación de pareja buscando resolver necesidades no satisfechas, a la vez que tienen serias limitaciones en su capacidad de dar.

Otra situación observada con frecuencia es que las características que atraen hacia la pareja en las fases iniciales y de limeranza, se convierten, en etapas posteriores, en fuente de conflicto e irritabilidad. Por ejemplo, cuando un elemento importante de atracción para una persona pasiva, inhibida y acumulativa sea una pareja alegre, optimista, sociable, aventurera y osada. Estas cualidades del otro ofrecen una forma vicariante de satisfacción y desarrollo. Sin embargo, al establecerse en la pareja esa alegría, optimismo, sociabilidad, espíritu aventurero y osadía, se convierte en amenaza para la concepción de la estabilidad del individuo pasivo, inhibido y acumulador, con lo que se establece un conflicto de pareja.

A veces, algunas características atractivas en fases iniciales de la relación de pareja se vuelven después menos deseables o conflictivas. Por ejemplo, la simpatía y capacidad de atracción física de un compañero puede convertirse en fuente de celos e irritabilidad más adelante, cuando se considera como comportamiento seductor que amenaza la posesión del ser querido.

Muchas veces, las percepciones de los valores y comportamientos cambian cuando la pareja se ha establecido, de modo que tiempo después ambos se encuentran con que son más las diferencias que afinidades.

Cuando nos referimos al matrimonio en nuestra sociedad, a la vez que propicia la convivencia diaria e intimidad, las hace legítimas. No es raro que a partir del momento que se efectúa el matrimonio se establezca una serie de actitudes y se adopten papeles que implican la posesión absoluta sobre la pareja y la manipulación para obtener satisfacciones. Esto genera un sentimiento de seguridad y posesión que, junto con la rutina de la convivencia, el ejercicio de papeles o roles familiares y sexuales (rígidos y estereotipados), no permiten el desarrollo de intereses comunes. Hay comunicación deficiente, no se reconoce y ejercita el desarrollo y crecimiento dinámicos, y se propicia el tedio e indiferencia. La incomunicación, el tedio y la indiferencia originan apatía sexual.

Una situación que también debe valorarse como fuente de conflicto en la pareja es la incapacidad de uno de los miembros para resolver lo que se denomina **lazo simbiótico** e **incapacidad para lograr el proceso de individualización**. La ruptura de los lazos simbióticos se refiere a la forma en que los niños logran el proceso gradual de separación de la madre, de modo que se tolere la ansiedad y el individuo logre la independencia plena. Cuando esta situación no se ha resuelto, puede manifestarse sólo en periodos de conflicto o en casos más graves. El miembro de la pareja que requiere reforzamientos constantes por parte del otro, muestra esta situación. Asimismo, requiere excesiva cercanía del otro, y que no es capaz de tolerar su ausencia. Otro caso ilustrativo es en el que uno de ellos no puede separarse de la madre y, en ocasiones, la utiliza para llenar o cumplir las necesidades que tiene como pareja. Típicos ejemplo de la vida diaria son expresiones como “mamá cocina el mole como nadie”, cuando la compañera sirve el plato de mole, o “mamá me planchaba las camisa de tal o cual forma”.

Otra situación en la que se aprecia la falta de liberación de lazos simbióticos es el caso en que se consideran los éxitos o fracasos de la pareja por la gloria o desarrollo personal;

así, el individuo considera cualquier éxito o situación realizada como reflejada o atribuirle directamente a él. Lo contrario también origina conflictos, esto es, el temor y la no aceptación de una unión simbiótica, para lo que se establecen defensas sólidas que impiden el acercamiento por temor a la pérdida de la propia identidad. Son frecuentes las parejas en que ninguno de los dos acepta acercamientos que puedan significar acercamiento afectivo y el establecimiento de un lazo simbiótico; así como la apatía, incompetencia eréctil o hipolubricación que presentan quienes no desean establecer un lazo de esta naturaleza.

Otra situación problemática en la pareja y que puede provocar disfunciones sexuales, es que una de las partes habiendo recibido poco amor en su vida, se fija una actitud pasivo-receptiva, y espera o demanda cuidado, apoyo y amor por encima de cualquier necesidad del compañero.

En otras palabras, la unión de una pareja y su sostenimiento radica en que se conserven los niveles de **atracción física, intelectual y afectiva**, a la vez que cada uno tenga la capacidad de captar las necesidades y motivaciones, y el otro ejerciendo la comunicación y empatía adecuadas; además, cada uno debe mantener su propia identidad y respeto hacia el otro.

Otros elementos indispensables, desde nuestro punto de vista, para una buena relación de pareja son: **la comunicación, la empatía, el respeto y la actualización.**

La comunicación se refiere a que ambos miembros de la pareja sean capaces de expresar su sentir, de tal modo que la contraparte lo comprenda. Esta situación es nula en la mayoría de las parejas; por ello, Álvarez-Gayou suele decir que 11 de 10 diez parejas tienen problemas de comunicación. Veremos más adelante algunas reglas simples que permiten una buena comunicación en la pareja.

La empatía se refiere a la capacidad de comprender lo que al otro le está sucediendo. Muchos conflictos de pareja se evitarían si fuéramos capaces, por un instante, de ponernos en el lugar del otro y comprender su sentimiento. En vez de pensar que al llegar a la casa la pareja suele estar malhumorada, ¿por qué no tratar primero de saber qué fue lo que produjo el mal humor?

El respeto se refiere a que, por mucho que haya amor, enamoramiento e intensidad en el deseo de compartir todo con la otra persona, no dejamos de ser cada uno personas. Formamos una pareja, pero no nos fusionamos en el otro como dicen en ocasiones discursos de unión de parejas.

Algo que todo terapeuta debe recordar al tratar una pareja es que nunca verá un caso en que sólo un miembro sea responsable de los conflictos. La situación o dinámica de la pareja hace que casi siempre se hayan establecido mecanismos y contramecanismos que hacen a ambos responsables de la situación conflictiva. Queda claro que la proporción de responsabilidad es variable.

La **independencia y respeto** son indispensables para una buena relación de pareja. Éstos sólo pueden comprender motivaciones, acciones y sentimientos de otro aunque no se justifiquen. Cuando falta empatía en una relación de pareja, se verá que la comunicación se desmorona, quedando la diada como el barco que ha perdido el timón. Todo ser humano requiere sentir que es capaz de tomar decisiones, que tiene su área de influencia, y que sus opiniones y sentimientos son escuchados y respetados. La carencia de estos elementos en la pareja causa problemas y desavenencias que también originan muchas veces disfunciones sexuales o, simplemente, una vida sexual mecánica, vacía y poco gratificante.

Los tres mundos. Este concepto es muy importante para la buena marcha de cualquier pareja.

En toda pareja deben ser detectables y claramente observables tres mundos: el tuyo, el mío y el nuestro. Esto se refiere a que es indispensable cierto grado de individualidad; no importa cuándo o qué tan intenso sea el vínculo afectivo, cada uno tiene intereses, actividades, relaciones propias en las que no es necesario que participe el otro, y deben ser reconocidas y aceptadas por cada uno.

En la pareja, los mundos, el tuyo y el mío, se sobreponen y dan lugar a la creación de un tercero: el nuestro (figura 9-1).

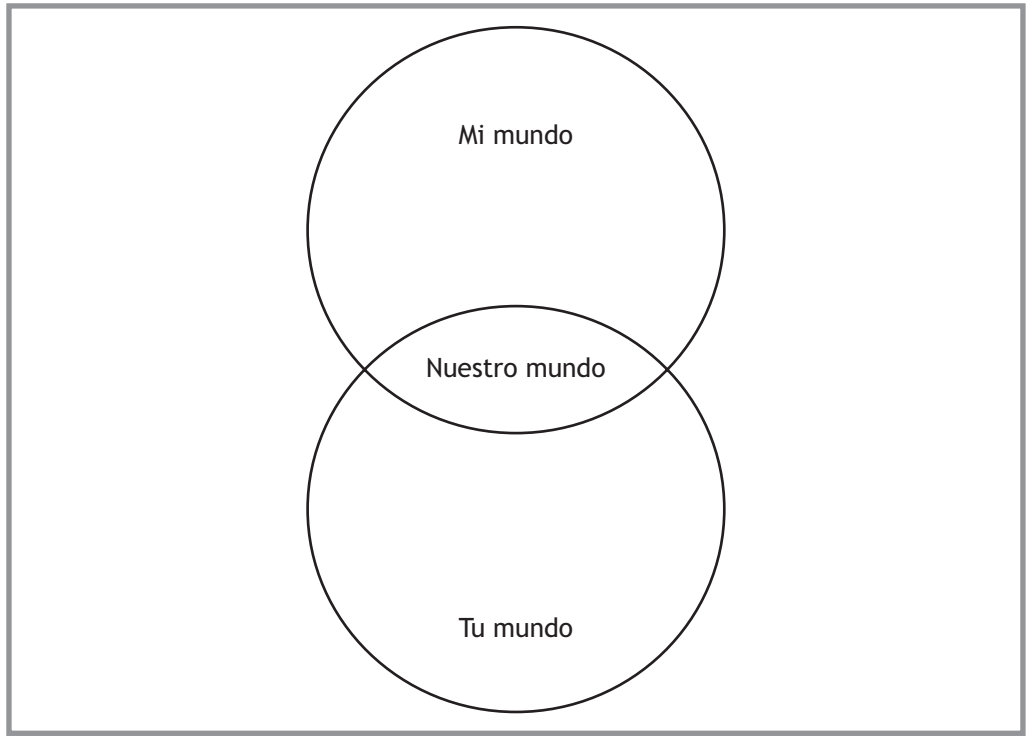


Figura 9-1. Los tres mundos.

En algunas parejas, la sobreposición es tan amplia que sofoca, ahoga e impide la existencia de los mundos individuales, y ello es muy negativo dado que, tarde o temprano, surgirá en uno o ambos la frustración por la falta del propio espacio, de la individualidad (figura 9-2).

Por otro lado, hay casos en los que los mundos apenas tienen contacto y, en consecuencia, ante áreas individuales muy fuertes y amplias, se observa un raquítico mundo de la pareja (figura 9-3). Esta situación también es muy perjudicial.

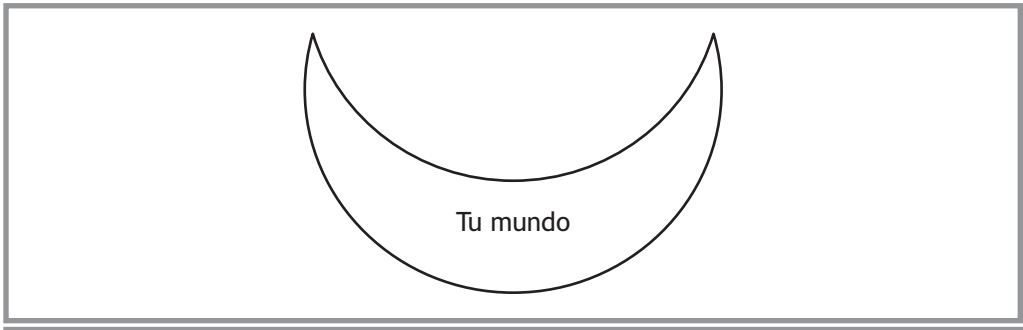


Figura 9-2. Mundo sofocante.

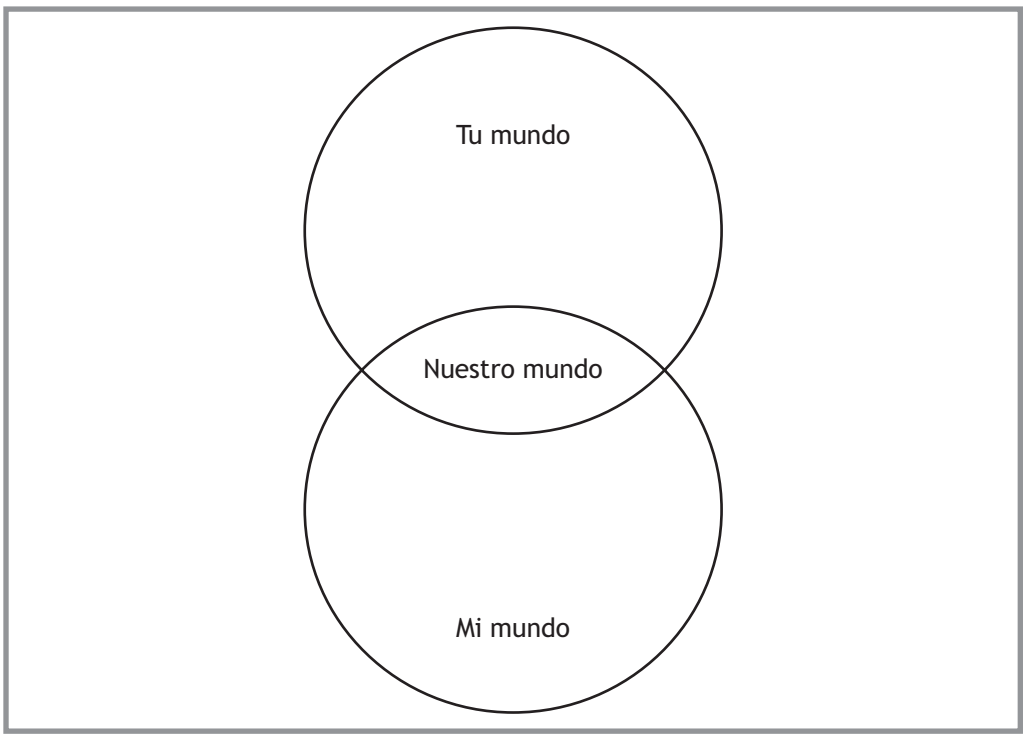


Figura 9-3. Mundo aislante.

Lo ideal es la existencia de los tres mundos con un equilibrio razonable, de modo que ninguno predomine (figura 9-4).

Sin embargo, es importante analizar el mundo de ambos porque ahí también son esenciales las proporciones adecuadas. En general, se considera que hay tres áreas dentro del mundo de la pareja: sociooperativa, familiar y la nuestra exclusiva.

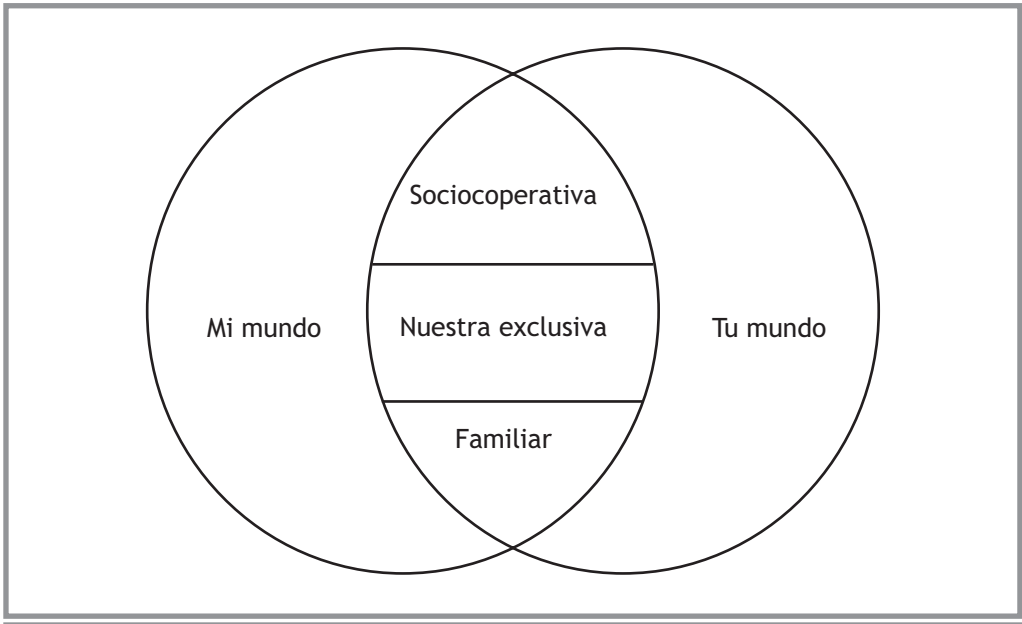


Figura 9-4. Los tres mundos en equilibrio.

La sociooperativa se refiere a todas las actividades que en la pareja realizan ambos para mantener la vida de la misma, se incluirían aquí el arreglo o decorado de la casa, compra de víveres y actividades sociales y recreativas con relaciones o amigos de la pareja, por ejemplo, cenas o reuniones con amigos, visitas o viajes con otras parejas.

La familiar se refiere a la vida y actividades de la pareja con los hijos (si los tiene), padres, hermanos y demás familiares de cada uno. Aquí se incluyen celebraciones de cumpleaños, día de la madre, y otras fechas conmemorativas.

Por último, el área nuestra exclusiva en la que se encuentra la necesidad que existe en toda pareja de tener su propio mundo, intereses y actividades en las que sólo participen ellos.

El esquema de la pareja ideal quedaría como se muestra en la figura 9-4.

Por último, la actualización se refiere a que la pareja tenga periódicamente reuniones en las que verifiquen la marcha y desarrollo de cada uno y de la relación. Es una sesión en la que cada uno expresa cómo se siente consigo mismo(a), cómo se siente con la otra persona y cómo se siente con la pareja.

Podremos escuchar cosas que no nos agradan, pero es la presentación honesta (no una reclamación) de lo que la pareja siente y es el punto de partida para buscar entre ambos soluciones.

Reglas de comunicación

Es asombroso cómo muchos problemas y conflictos de pareja, e incluso familiares y laborales, se pueden solucionar y volver productivos si se utilizan unas cuantas simples reglas de comunicación:

- **No calificar al otro.** No utilizar adjetivos ni los consabidos “tú me hiciste esto o lo otro”, es menester,
- **Hablar en primera persona.** No es lo mismo que una persona reciba el mensaje: “tú me lastimaste” a que reciba el mensaje, “me siento lastimado”. El primer mensaje responsabiliza al otro de nuestro sentimiento y se vuelve una agresión; en cambio, el segundo es la expresión auténtica y responsable del propio sentir.
- **No traer el pasado al presente.** Existen parejas que cuando tienen un problema, no es raro que surja el conflicto o la falla que ocurrió hace muchos años. Esto se vuelve un callejón sin salida, pues nadie puede deshacer algo que ya sucedió y si esta situación es reclamada como actual, genera impotencia y se vive también como una agresión. No se trata de olvidar, sólo es convertir ese dolor o esa molestia del pasado en algo propositivo que no deseamos que vuelva a suceder.
- **No utilizar en la comunicación ninguna de las cuatro palabras fatídicas: siempre, nunca, todo y nada.** Todas ellas son calificativos absolutos que a todas luces son falsos. Esto es, decir “todo te molesta” es totalmente falso, alguna vez algo no le molestó; igual decir “nada te gusta” es falso, alguna vez yo le gusté; decir “siempre estás de mal humor” también es falso al igual que “nada te gusta”. Cuando una persona recibe uno de estos comentarios, de nuevo es un callejón sin salida, una generalización absurda y que es vivida como una agresión.

A continuación se analizan algunas situaciones conductuales que suelen ocurrir en las parejas y que son causa o consecuencia de disfunciones sexuales.

Como se mencionó, la ansiedad es una de las causas más importantes de disfunciones sexuales. La originada por temor al rechazo es muy importante. Si además del temor al fracaso, la persona siente que puede encontrar disgusto o rechazo en su pareja, en vez de una actitud comprensiva o de apoyo, se crea una situación que tiene altas posibilidades de originar disfunciones. En la relación de pareja, este mecanismo puede provocar tal ansiedad y temor por parte de uno, que se someta y dedique por completo a satisfacer los deseos sexuales de su compañero, olvidando del todos los propios. Es el caso de algunas mujeres que no se atreven a comunicar a su pareja sus propias necesidades y deseos. Este tipo de comportamiento coincide con la orientación receptiva del carácter.

Otro factor que puede alterar la repuesta sexual en una pareja es el enojo o disgusto. Éste puede provenir de diversas causas; entre otras, que se frustren diversas expectativas. En este caso puede presentarse en una disfunción por la dificultad para responder a una persona hacia la cual se tiene disgusto o resentimiento. También puede suscitarse el disgusto o enojo ante la disfunción o falta de respuesta del compañero, produciéndose una doble disfunción; primero, enojo de uno, y la reacción de uno por rechazo en el otro, por lo que se reafirma la disfunción.

A veces, el enojo puede originar o un acto hostil físico o psicológico, que puede no ser abierto o claro y suele manifestarse sutilmente. Por ejemplo, cuando va a iniciarse el juego erótico, uno de ellos plantea un tema de discusión que se convierte en disputa o genera ansiedad en el otro. También es hostil el comportamiento del compañero que busca la relación erótica sexual cuando el otro no puede practicarla o no lo desea. De la misma manera, refleja una agresión el poner como pretexto fatiga o malestar cuando el compañero busca la relación sexual, o bien mostrarse en forma o condiciones que disgustan al

otro, por ejemplo, ellas con cremas faciales o aditamentos en la cabeza; ellos no rasurados, con aliento alcohólicos durante la actividad sexual. La agresión y hostilidad pueden manifestarse al no practicar las caricias que se sabe gustan al compañero, incluso ciertas disfunciones se presentan en la pareja como una forma de agredir al otro, provocándole una frustración o el sentimiento de que sea capaz de satisfacer.

Es importante analizar las causas de las disfunciones por conflictos; no olvidar una práctica muy generalizada por muchas parejas que consiste en usar la relación como premio o castigo. Con frecuencia, se escucha el caso de la mujer que disgustada porque el marido no le ha cumplido algún deseo, lo castiga negándose a sostener relaciones con él, en forma abierta o pretextando algún malestar. Esta situación también se observa en muchos hombres y, sin duda, en ambos casos es una forma de castigo y hostilidad que puede llevar a disfunciones sexuales.

Cuando en una pareja uno de los dos tiene una disfunción sexual, esto puede contribuir mucho a una problemática en la relación y a que se afecte más el área eróticosexual. No es raro que algunas mujeres interpreten incompetencia eréctil o eyaculación precoz como rechazo del compañero, en ocasiones considerarse incapaces de estimularlo y sintiéndose que le es poco atractiva. Dada esta situación, la mujer busca reafirmarse con demandas mayores y exigencias sexuales, con lo que la disfunción se acentúa con los mecanismos de ansiedad descritos. Se da un fenómeno similar en hombres cuya pareja no lubrica o no obtiene el orgasmo.

De especial importancia es la enorme frustración y resentimiento observados con los años en compañeras de eyaculadores precoces. Se han visto mujeres con depresiones graves, incluso psicóticas, y en varias ocasiones, el resentimiento ha sido tal que hay una negativa total a participar en cualquier tratamiento cuando, por último, el varón acepta su disfunción y busca ayuda.

El rechazo al compañero también es un conflicto que puede provocar disfunciones. Tal es el caso en el que el o la compañera no son lo suficientemente atractivos para ser un estímulo sexual efectivo. En este caso, la falta de atractivo no se limita a aspectos físicos, sino a diversas cualidades humanas. Masters y Johnson citan, como una de las causas más frecuentes de disfunción orgásmica femenina, el que las parejas de estas mujeres no cumplieran las expectativas de atracción por considerarlos poco masculinos e inteligentes, aburridos o débiles de carácter. Cuando esta situación se plantea, puede motivar desinterés en la pareja poco atraída e incluso el deseo de romper la relación, situación que a su vez constituye una fuente de presión y ansiedad para el otro componente de la pareja.

Otra circunstancia de la diada, causal de disfunciones, es que uno o ambos pretendan adoptar una posición de dominio y autoridad sobre el otro. Hay casos en que lograr el orgasmo por la estimulación en él, o bien eyacular dentro de la vagina en ella, es interpretado como una forma de ser sometido y perder control y autoridad. En ocasiones, este rechazo a la sumisión puede manifestarlo el varón al eyacular antes de la penetración, aunque esta circunstancia es poco frecuente.

Hay diversas situaciones cotidianas y de evolución de la pareja que son fuente de problemática y causales de disfunciones sexuales. Sucede en parejas tradicionales, donde la mujer siente que él descarga en ella todas las responsabilidades de la casa e hijos, sin colaborar, más aún en los "machos" que no sólo no colaboran, sino establecen demandas inmoderadas, acompañadas de una actitud devaluatoria, agresiva y hostil. En nuestro medio, incluso muchas veces sin

contribuir al sustento de la familia, intoxicándose con frecuencia con alcohol y creando un ambiente de violencia física y verbal en casa.

Cuando los requerimientos laborales mantienen a un miembro de la pareja alejado durante periodos prolongados o breves, tal circunstancia puede hacer sentir al otro que está siendo abandonado y surgir la conflictiva del rechazo e infravaloración.

Al principio del capítulo se mencionó la necesidad que siente cada uno de los miembros de la díada de que le sean satisfechas sus demandas y cómo diversas circunstancias cotidianas pueden impedir tal satisfacción por parte del otro. Ante esa situación, es factible que en primera instancia se establezca la solicitud en forma discreta, educada y estimulante, pero si estas actitudes fallan se tiende a utilizar conductas aversivas como regaño, crítica, burla y amenazas. Si estas conductas tienen éxito, aunque sea parcial, se refuerzan y tienden a establecerse y perpetuarse sólo cuando un miembro de la pareja utiliza este tipo de control, estableciendo un ambiente de hostilidad en la relación, una **lucha de poder, ansiedad y rechazo**, todo lo cual origina, con facilidad, alteraciones en el funcionamiento sexual.

Por último, un factor común en muchas parejas disfuncionales, es una estimulación sexual inadecuada para obtener excitación y orgasmo. En nuestro medio suelen encontrarse mujeres preorgásmicas o hipolubricantes por falta de caricias y juegos eróticos pre-coitales. Sus compañeros no saben que deben hacerlo, o simplemente no les importa; a veces, ellas no se atreven a comunicar sus deseos o necesidades o, a pesar de comunicarlo, no reciben respuesta. La falta de respuesta puede ser causada por poca consideración por parte de él o porque es un eyaculador precoz que sólo logra eyacular dentro de la vagina si penetra con rapidez.

La estimulación inadecuada puede deberse a desconocimiento de la anatomía y fundamentos de la respuesta sexual. Asimismo, hay parejas que no han reconocido la enorme potencialidad placentera del sexo. En nuestro medio son muy comunes las parejas con años de convivencia que nunca han visto a su compañero desnudo, siempre hacen el amor a oscuras y vestidos. Estos hechos y casos sólo llegan a una conclusión: la necesidad de educar para desmitificar la sexualidad y que se conozca su dimensión placentera.

En los últimos cuatro capítulos se ha intentado revisar someramente las principales causas de disfunciones sexuales. Un hecho ha quedado claro: la separación por causas biológicas, psicológicas, sociales, educativas y problemas en la pareja, sólo se sustenta en función de una presentación didáctica y sistemática; la realidad es que son seres humanos en quienes se funden los factores biopsicosociales de su esencia y serán excepcionales los consultantes en quienes se determine una causa única.

Aplicar procedimientos y técnicas que permitan detectar o descartar los factores causales, reviste la mayor importancia para establecer un tratamiento adecuado. Por ende, en los capítulos siguientes se exponen los procedimientos adecuados para el diagnóstico, y se comentan técnicas y estrategias terapéuticas eficaces.

Sección III

Diagnóstico

10 Diagnóstico de las disfunciones sexuales

Aspectos generales

El doctor Francisco Delfin señaló: “en contraste con muchos aspectos de la medicina tradicional, en sexología lo más sencillo es hacer el diagnóstico”. Nada es más cierto que cuando los consultantes acuden al sexólogo ya traen el diagnóstico al expresar: “no tengo orgasmos”, “me duele a la penetración”, “eyaculo muy rápido” o “no tengo erecciones”. Nadie tendrá dificultad en diagnosticar anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz e incompetencia eréctil o disfunción eréctil, respectivamente.

Si se desea en verdad tratar con profesionalismo el problema sexual de un individuo o una pareja, es indispensable un estudio clínico y dinámico exhaustivo que permita reconocer con la mayor precisión posible los factores causales y su interacción dinámica. Sólo mediante este proceso podrán iniciarse medidas terapéuticas con mayores probabilidades de éxito.

El estudio clínico integral consta de diversas áreas; cada una implica distintas acciones. Las áreas son: I) medicoquirúrgicas, II) psíquica, III) sexológica, y IV) de la pareja.

A continuación se listan las acciones y procedimientos generales que implican cada área, para después explicarlas en detalle.

- I. **Área medicoquirúrgica**
 - a) Historia clínica médica.
 - b) Exploración física.
 - c) Estudios de laboratorio y gabinete.

II. Área psíquica

- a) Antecedentes psíquicos o biográficos.
- b) Pruebas psicológicas individuales.

III. Área sexológica

- a) Historia clínica sexual.
- b) Pruebas sexológicas específicas.

IV. Área de la pareja

- a) Antecedentes de la dinámica de la pareja.
- b) Pruebas para determinar la dinámica de la pareja.

A continuación se detallan cada una de las áreas para correlacionar los factores causales mencionados.

I. Área medicoquirúrgica

Ningún profesional de la salud responsable y que desee cumplir cabalmente con la obligación de proporcionar la mejor atención a sus consultantes, podrá abordar el tratamiento de una disfunción sexual sin haber hecho un cuidadoso estudio medicoquirúrgico.

Se ha visto que muchos padecimientos, fármacos e intervenciones quirúrgicas pueden afectar la función sexual. Así pues, es indispensable descartarlas antes de continuar en cualquier otra fase del diagnóstico o tratamiento.

El profesional no médico que aborde el diagnóstico y terapéutica de una disfunción debe solicitar interconsultas para obtener el dictamen médico por historia, exploración física, estudios clínicos y de gabinete, que le permitan tener la certeza de que se han descartado los factores causales de una disfunción por enfermedades, fármacos o secuelas quirúrgicas.

Historia clínica médica

“Hay pocos procedimientos médicos o quirúrgicos que no tengan complicaciones sexuales”. Su elaboración (estructura y organización) no difiere mucho de la que suele practicarse en otras especialidades, puesto que la sistematización ayuda a no soslayar detalles que pudieran ser determinantes para definir la causa y, por tanto, para el tratamiento de la disfunción.

En el pasado, no se concedía mucha importancia a la historia médica, pues se consideraba que todo el origen era psicológico; sin negar que casi siempre la causa es psicológica lo mismo que sociocultural, tiene que investigarse exhaustivamente la fisiopatología individual hasta descartar un origen orgánico de la disfunción.

Al igual que en otras áreas médicas, las causas no siempre son puras y, a veces, en caso de serlo (una disfunción de origen sólo psicológico), puede empeorar si hay enfermedad concomitante.

Autores como Masters & Johnson (1978), Kaplan (1974), Meyer (1976), Álvarez - Gayou (1979) & Sánchez D. (1984), entre otros, enfatizan el hecho de que una buena historia clínica médica debe preceder a todo tratamiento de las disfunciones sexuales. A continuación se revisa un formato de una historia clínica médica.

FICHA

Nombre completo: _____

Edad. Algunas disfunciones son más frecuentes en determinados grupos de edad; los datos que en un varón de 20 años de edad deben considerarse patológicos, en otros de 50, pueden ser normales.

Estado civil. _____

Escolaridad. Las actitudes y comportamientos difieren con la escolaridad; podría decirse que a mayor escolaridad, mejor aceptación de la sexualidad propia y la de los demás.

Ocupación. ¿Hay relación entre lo que el consultante estudió y el área en que labora? Muchas veces el paciente responde, procuré estudiar algo durante varios años y tuve gran frustración después trabajar en un campo no relacionado.

Religión. El tipo o el grado son factores muy importantes que pueden causar disfunciones o interferir con el tratamiento; es necesario precisar la influencia que el culto religioso pudiera ejercer sobre el consultante.

Domicilio y teléfono. _____

¿Quién lo envía? Es conveniente averiguar cómo obtuvo la información que lo hizo acudir al sexoterapeuta; a veces, se tendrá que recurrir a esa fuente en busca de datos complementarios, siempre que se trate de un profesional.

Motivo de la consulta. Lo mejor es permitir la tribuna libre y asentar textualmente la información obtenida; hay que tener especial cuidado con los consultantes verborreicos, ya que aunque hablan mucho, casi no proporcionan información valiosa; de igual forma, hay que tratar al que sea parco y evita, lo más que puede, el problema. El interrogador deberá controlar ambas situaciones con mucho tacto, de ello depende que el entrevistado participe o no con eficacia. Esto se consigue con mayor facilidad si se crea un ambiente de confianza y camaradería. La empatía es muy importante en esta fase de trabajo.

Antecedentes heredofamiliares

Puesto que en la ficha del consultante se planteó de manera tentativa su problema, se procede a elaborar un esquema sencillo para obtener datos que serán muy útiles.

Se tendrán que analizar datos referentes a los familiares más cercanos (padres, hermanos, pareja, hijos) en forma exhaustiva, anotando sólo los datos positivos, con interés especial en las enfermedades que abarcan las esferas: cardiovascular, renal, de la colágena, endocrina, sexual y psiquiátrica.

Antecedentes personales no patológicos

Respecto al ambiente social en que se desenvuelve el consultante, tendrá que recopilarse información lo más precisa posible que oriente acerca del lugar donde vive y con quién; detallar tipo de vivienda, servicios, número de habitaciones y contribución personal para la manutención del hogar. Estos datos indican el nivel socioeconómico y el grado de pro-

miscuidad en que se desenvuelve el consultante. Esta información podrá señalar las posibles causas de disfunciones por falta de privacidad e intimidad.

Los datos sobre la alimentación pueden inducir a pensar en un posible estado de desnutrición, que podría causar apatía o disritmia.

Es importante averiguar si el consultante es alcohólico, investigar desde cuándo, la cantidad y la frecuencia.

El alcohol ha sido considerado un afrodisíaco potente. A este respecto, Athonasiou *et al.* (1970) efectuaron una encuesta publicada en *Psychology Today*, donde 68% de las mujeres y 45% de los varones que respondieron, afirmaron que el alcohol mejoraba el disfrute sexual. La diferencia en estos porcentajes se debe a que esta sustancia desinhibe el sistema nervioso central y produce efectos en personas más reprimidas; ello ocurre sin duda más en las mujeres. En 1976, Wilson y Lawson realizaron un interesante experimento, en el que demostraron que la desinhibición producida por el alcohol se relaciona más con las expectativas de los sujetos que con los efectos de la sustancia.

No obstante, Masters & Johnson (1978) encontraron que el alcoholismo es una segunda causa de incompetencia eréctil en todas las edades y la mayor causa y única de dicha disfunción entre los 45 y 55 años de edad.

Como datos complementarios puede agregarse que diez millones de estadounidenses son grandes consumidores de alcohol; más de diez millones con edad de entre 14 y 19 años tienen problemas en relación al consumo de bebidas destiladas; más de 200 000 de muertes al año se deben al alcohol, incluyendo 50% de todos los accidentes de tránsito, los homicidios y 33% de todos los suicidios.

Debe recordarse que el abuso en el consumo de alcohol afecta al sistema nervioso central y produce trastornos como neuropatía periférica, a la que también coadyuva la deficiencia de tiamina en la dieta. Pero no sólo este sistema es el afectado, ya que el alcohol y su principal metabolito, el acetaldehído, son tóxicos para las gónadas masculinas y femeninas. No deben olvidarse los daños que origina en el hígado, que pueden producir cirrosis. Van Thiel *et al.* (1977) hablan de fenómenos autoinmunitarios en alcohólicos.

Según Kolodny & Masters (1977), 50% de los alcohólicos y 25% de las alcohólicas tienen problemas sexuales; 40% de ellas se quejan de hipolubricación y 15% de anorgasmia. A su vez, Lemere y Smith informan que 40% de los alcohólicos son incompetentes eréctiles y hasta 10% tiene problemas eyaculatorios.

La actividad sexual se reduce de 66 a 90% en pacientes con cirrosis hepática (Morley, 1983). Debe considerarse que el alcoholismo también puede dañar la relación de pareja y que, según Kolodny, Masters & Johnson (1979), se obtiene mejor respuesta al tratamiento después de 6 a 12 meses de abstinencia.

La marihuana es una droga que cada vez se usa más, sobre todo entre jóvenes; prueba de ello, son las campañas realizadas para combatir su producción y distribución; sin embargo, su popularidad va en aumento. Quienes la utilizan, con frecuencia tienen actitudes algo más liberadas que quienes no y por eso debe tenerse cuidado al interpretar los datos, ya que puede ocurrir con ella lo mismo que con el alcohol, es decir, que quizá las expectativas por su uso sean más importantes que sus efectos farmacológicos.

Respecto a esto último, en el *Masters & Johnson Institute*, durante cinco años, se realizaron entrevistas a 800 varones y a 500 mujeres fumadoras de marihuana, y más de 80% de cada grupo afirmó que con la droga aumenta el disfrute sexual.

Sin embargo, hablan de un aumento en el sentido del tacto, mayor relajación física y mental, a la vez que un mejor acoplamiento con la pareja, siempre que ésta se hallara al mismo nivel, pues en caso contrario, la relación podría ser displacentera.

Esto significa que es muy difícil hallar un verdadero afrodisíaco y, más aún, si se considera que el uso prolongado de marihuana reduce las cifras de testosterona, según Kolodny, Hendrix, Masters, & Toro (1973).

Respecto a los opiáceos, cabe señalar que algunos adictos hablan de una especie de orgasmo, posterior a la inyección de heroína; el interés sexual disminuye, aunque en ocasiones la actividad sexual aumenta. Esta aparente contradicción se explica por el hecho de que muchos individuos necesitan dinero para obtener droga y se prostituyen. Los resultados de las pocas investigaciones efectuadas han sido muy contradictorias.

Hasta el momento, no se ha comprobado que el tabaquismo interfiera con la sexualidad.

Se interroga en forma minuciosa acerca de los fármacos ingeridos en la actualidad o en el pasado; es necesario precisar el máximo posible de la dosis y el tiempo de administración y recalcar en antihipertensivos, narcóticos, sedantes, tranquilizantes mayores y hormonas.

Antecedentes personales patológicos

Pocas veces, las enfermedades comunes de la infancia producen problemas sexuales; sin embargo, los cuadros respectivos de amigdalitis pueden causar cardiopatías o nefropatías, principalmente en mujeres jóvenes; la parotiditis mal atendida puede complicarse y producir orquitis (inflamación de los testículos) hasta en 25% de los casos (Krupp, 1979); no obstante, es raro que cause esterilidad. Deben consignarse todos los antecedentes alérgicos, quirúrgicos (prostatectomía, simpatectomía lumbar; tratamiento paliativo para enfermedades dolorosas), cualquier intervención retroperitoneal (riñones, glándulas suprarrenales, nervios) o de la vejiga urinaria, cirugía genital, parto con episiotomía, salpingoclasia (ligadura de trompas de Falopio, histerectomía [extirpación del útero]), traumatismos por transfusión, a fin de descubrir cualquier relación con la disfunción. También deben investigarse padecimientos como diabetes mellitus insuficiencia renal, infarto del miocardio, artritis, padecimientos hematológicos, e infecciones.

Padecimiento actual

Con los datos obtenidos, cuando el entrevistado explicó el motivo de su visita con tribuna libre, y con los que seguramente se habrán recopilado hasta ahora, podrá guiarse el resto del interrogatorio.

Tendrá que haber un orden cronológico, pues debe iniciarse el relato a partir del primer acontecimiento que se recuerde en relación con el malestar. Con frecuencia, esto no es fácil, pero tendrá que hacerse porque muchas veces el factor desencadenante orienta el tratamiento.

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Todos los síntomas son muy importantes, y dado que ya se tiene un diagnóstico presuntivo, puede encaminarse este interrogatorio hacia dónde se juzga más conveniente; sin em-

bargo, es necesario estar muy alerta ante cualquier dato nuevo que pueda surgir durante la entrevista.

Dada la alta frecuencia de causas psicológicas, es obligatorio el estudio minucioso de cada aparato y sistema antes de emprender una terapia conductual, psicoterapia o ambas.

Aparato digestivo

Al parecer, sería muy difícil que este aparato cause una disfunción sexual, pero si se recuerda que se relaciona con aspectos temperamentales de carácter y personalidad, entonces la asociación puede ser más estrecha de lo que pudiera parecer.

En personas que viven en ciudades donde la ansiedad y el estrés son comunes, es frecuente la úlcera duodenal para su tratamiento se usa la cimetidina, que es un bloqueador de los receptores H₂ de la histamina. Los síntomas tienden a remitir, pero se ha observado incompetencia eréctil (Woulfe, 1979) y alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-gónadas (Van Thiel, Gavelen & Smith, 1979).

La cirrosis micronodular inicia en forma insidiosa; con anorexia, pérdida de peso, debilidad, trastornos menstruales, incompetencia eréctil y ginecomastia dolorosa en varones (raro).

Para combatir el alcoholismo, algunas veces, se administra disulfiram, pero los resultados no han sido buenos. Hay quienes, como Story (1974), dicen que pueden producir incompetencia eréctil; sin embargo, esto no ha sido bien demostrado y faltan más investigaciones que descarten dicha disfunción como consecuencia de este fármaco.

Sistema cardiovascular

Es necesario realizar una valoración de este sistema; en ocasiones, se requerirán estudios de laboratorio y gabinete para valorar algún daño que pudiera existir y, posteriormente, establecer el tratamiento (en gran parte educativo). Este tipo de pacientes tiene temor de efectuar cualquier esfuerzo. Estudios como los de Tuttle, Cook & Fitch (1964), Singh (1982), y Abramov (1977) revelan que quienes han sufrido un infarto del miocardio tienden a disminuir su actividad sexual y presentan problemas de incompetencia eréctil y hasta anorgasmia, sin que haya causa orgánica y todo se deba a una causa psicocultural.

Los pacientes a quienes se les diagnostica vasculopatías obstructivas deben ser evaluados minuciosamente, pues según Goldstein (1984), la incompetencia eréctil se presenta en 40% de aquéllos que tienen oclusión aortoiliaca.

Hay factores vasculares locales que también pueden producir incompetencia eréctil, como la trombosis de la arteria terminal del pene en el síndrome de Leriche.

Aparato respiratorio

Los pacientes con enfermedad oclusiva crónica tienen poca capacidad física, fatigabilidad fácil y, por tanto, baja autoestima y diferentes grados de falta de oxigenación cerebral que producen trastornos en la cognición; esto es útil para entender porqué las disfunciones sexuales son comunes en estos individuos. Los problemas sexuales se presentaron más entre los que tenían daño mayor. Agle & Baum (1977) informaron que 39% de los pacientes

de su muestra se quejó de incompetencia eréctil y 82% de disminución del deseo; si bien su investigación se basó sólo en 23 individuos, es importante ya que en la actualidad las enfermedades pulmonares aumentan.

Sistema endocrino

Es importante investigarlo en forma cuidadosa, ya que, según Kolodny, Masters & Johnson (1979), los trastornos endocrinos son la causa orgánica más frecuente de los problemas sexuales.

Las gónadas (glándulas sexuales) producen óvulos, espermatozoides y hormonas. Las alteraciones en ella o en el eje hipotálamo-hipofisiario pueden originar algún tipo de disfunción en varones como: apatía sexual e incompetencia eréctil en el síndrome de Klinefelter, e incompetencia eyaculatoria en el de Kallman. Hasta el momento, no se han informado disfunciones sexuales por los trastornos de la actividad ovárica.

Una enfermedad en aumento es la diabetes mellitus. Las alteraciones que producen en el organismo como neuropatía periférica y microangiopatía explican por sí mismas porque pueden producir disfunciones. La neuropatía es una alteración de las fibras nerviosas que interfiere en forma importante la conducción nerviosa. Faerman *et al.* (1974) descubrieron fibras nerviosas anormales en los cuerpos cavernosos de diabéticos a quienes practicaron la necropsia.

Varios investigadores informan de porcentajes variables en la prevalencia de esta enfermedad; sin embargo, se puede concluir que conforme aumenta la edad, también lo hace la probabilidad de sufrir incompetencia eréctil. Según Kolodny (1979), una tercera parte de los diabéticos de entre 20 y 40 años de edad la presentan, pero después de los 50 el porcentaje puede aumentar hasta 70%.

Las disfunciones se presentaron con mayor frecuencia en los diabéticos crónicos y de mayor edad. Los datos apuntan más a un deterioro del sistema nervioso del tipo de la neuropatía periférica, la cual ocasionaría anorgasmia hasta en 30% de las diabéticas, según una investigación de Kolodny (1971). El mismo autor menciona que estas mismas mujeres podrían responder con más estimulación.

Debe tenerse en cuenta que estas mujeres son más propensas a tener vaginitis monilíasicas, que si no se tratan adecuadamente, pueden producir dispareunia. Por otra parte, Kosnieck (1982) menciona que los diabéticos no controlados tienen pérdidas temporales del interés sexual.

El hecho de que las disfunciones pueden tener una base orgánica, no implica que no pueda haber otras causas; de hecho, el origen suele ser psicógeno.

Si bien la frecuencia de los padecimientos tiroideos tienden a disminuir, cuando existen, afectan más la respuesta sexual masculina que la femenina, porque si no responde la tiroides, los péptidos hipotalámicos e hipofisiarios estimulan la producción de prolactina y ésta bloquea a la hormona luteinizante, que en el varón da lugar a la producción de testosterona con lo que el deseo puede disminuir. Cuando hay insuficiencia corticoadrenal primaria o enfermedad de Addison, “disminuye el interés por la sexualidad y la conducta incitadora de la actividad sexual en los varones”. Una tercera parte puede tener incompetencia eréctil.

Sistema nervioso

Mucho se habla respecto a la relación de los trastornos cerebrales y las conductas sexuales “atípicas”; suele mencionarse la hipersexualidad de los epilépticos y se cree que quienes tienen padecimientos como la esclerosis múltiple, pierden la posibilidad de ejercer su sexualidad.

Es innegable la relación que existe entre el lóbulo temporal y la sexualidad el individuo, así lo demuestran diversos estudios. Gastaut & Collomb (1954) mencionan que 33% de los pacientes de su muestra presentan incompetencia eréctil y apatía. Científicos tan prestigiados como Penfield (1954) y Blumer (1970) señalan que estos consultantes presentan hipersexualidad y “conductas aberrantes”.

Órganos sexuales pélvicos

Mucha gente cree que estos órganos están ligados por completo con el área sexual. Casi siempre ante problemas propios de la sexualidad, se dirige la atención a estos órganos.

Los padecimientos congénitos pueden producir algún tipo de disfunción, pero también deben estudiarse con especial interés las infecciones de transmisión sexual, en particular en mujeres, ya que casi nunca producen sintomatología en ellas como ocurre en varones; de esta manera, la enfermedad evoluciona libremente y puede ocasionar complicaciones graves en la mujer o su descendencia.

Una enfermedad cuya frecuencia está en aumento es la uretritis. En los valores se manifiesta por secreción uretral, y en la mujer por secreción vaginal; en ambos habrá dispareunia que puede conducir a la evitación y, por tanto, a disritmia, disfunciones o ambas, de la fase de excitación.

Hasta hace algunos años, los microorganismos infecciosos más comunes eran: *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis* y herpes genital; sin embargo, el grupo que encabeza estas enfermedades corresponde a *Chlamydia*.

El dolor perineal durante el coito o al eyacular, incluso la incompetencia eréctil, son síntomas comunes de la prostatitis infecciosa que origina en la mayor parte de los casos disfunciones sexuales. Esto debe tomarse en cuenta, en vista de que el número de varones que presentan este trastorno aumenta y ocurre con gran frecuencia en jóvenes.

El carúnculo uretral es una lesión granulomatosa de la uretra femenina, que puede causar dolor durante el coito, incluso a la exploración física.

La insuficiencia renal crónica produce alteraciones en la respuesta sexual en ambos sexos, que pueden ser irreversibles a la hemodiálisis. El 80% de estos pacientes se queja de apatía y el mismo porcentaje de varones presenta trastornos en la erección. (Kolodny, 1979; Levy, 1973; Steele, 1976). Según Kolodny (1979), hasta 80% de los hipotiroideos tendrán apatía sexual sin importar su sexo, incompetencia eréctil hasta 50% y anorgasmia femenina en 28%.

Cuando hay hipertiroidismo, las afecciones pueden ser variadas; hasta 40% de los pacientes pueden presentar incompetencia eréctil, aunque se desconoce el mecanismo que la origina. En el adolescente, a veces, hay conducta hipersexual como primera manifestación de tirotoxicosis (Kolodny 1979).

Si hay trastornos, destrucción o atrofia en la corteza suprarrenal, las mujeres manifiestan disminución notoria del deseo; esto es explicable, ya que en este sitio se producen

los andrógenos, lo que no es explicable, es que hasta 33% de estas pacientes presenta anorgasmia.

Cuando hay hipofunción de la corteza suprarrenal en varones, las manifestaciones son menores.

Sistema hematopoyético

Destacan la enfermedad de Hodgkin, la anemia perniciosa y la leucemia, pues suelen producir priapismo (erección sostenida y dolorosa del pene) no relacionado con el placer sexual. Al contrario, muchas veces, es una urgencia médica, por lo que es necesario vaciar la plétora sanguínea de inmediato; de no ser así, podría haber incompetencia eréctil como secuela.

Aparato musculoesquelético

En el grupo de padecimientos musculoesqueléticos sobresalen los que tienden a la cronicidad, como la artritis reumatoide.

Según Ehrlich (1983), hay diversos factores en estos padecimientos que producen disfunciones sexuales: 1) el dolor es un depresor; 2) puede ser tan intenso que deprima otros impulsos, incluso el sexual; 3) el dolor en una articulación específica puede impedir el movimiento.

También hay repercusiones psicológicas: 1) no sentirse atractivo por las deformidades; 2) puede haber rechazo por parte de la pareja; 3) a veces, las hospitalizaciones largas producen problemas en el área.

Herstein *et al.* (1977) efectuaron un estudio en 58 consultantes con un seguimiento de 14.5 años; el diagnóstico fue de artritis reumatoide, y 38% de esos sujetos expresó su necesidad de asesoramiento sexológico.

Debe tomarse en cuenta si estos enfermos reciben farmacoterapia, lo que puede interferir con su sexualidad.

Inspección general

Conviene desarrollar la facultad de observación, todos los detalles pueden proporcionar información valiosa: actitudes, posturas, comentarios, tipo de lenguaje, forma de vestir, entre otros.

Tendrá que averiguarse si acudió a consulta voluntariamente, si fue porque el tratamiento de su pareja así lo requería o por alguna otra razón; estos detalles también son importantes para obtener datos, establecer el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los consultantes.

Exploración física

Los signos vitales son de fundamental importancia, puesto que un padecimiento tan común como la hipertensión arterial puede tener repercusiones sexuales; si a esto se suman los efectos nocivos de casi todos los antihipertensores sobre la función sexual, se tendrá una idea de porqué no se debe pasar por alto esta parte de la historia clínica.

La minuciosidad debe ser una de las principales características de la exploración física, debe recordarse que las funciones sexuales o sus síntomas no están circunscritos al área genital. Es necesario corroborar los datos obtenidos en el interrogatorio.

Después de explorar los aparatos y sistemas antes señalados, se valora el aparato genitourinario; en primera instancia, debe pensarse en enfermedades congénitas para ambos sexos: agenesia vaginal (falta de vagina) (1:400), hipoplasia vaginal (tamaño pequeño) que a veces se acompaña de trastornos en otros órganos, como el útero (síndromes de Rokitansky, Kuster, Hauser; anomalías uterinas; falta de cuello uterino, duplicación uterina); también es necesario descartar infecciones uretrales, vaginales y recordar lo mencionado respecto a las infecciones de transmisión sexual.

En un varón hay que considerar agenesia del pene, pene doble (5.5:1 000000 [Wilson, 1973]), micropene, hipospadias (abertura uretral localizada en la parte inferior del pene) que es el trastorno congénito más común (1:25 de recién nacidos [Sweet, 1974]), epispadias (orificio uretral en el dorso del pene 1:10 000 a 30 000 [Kolodny, 1979]), enfermedad de Peyronie (padecimiento no sexual), priapismo, fimosis, infecciones de transmisión sexual.

Estudios de laboratorio y gabinete

Si bien es cierto que el ser humano ya no depende tanto de su sistema hormonal para su conducta, algunas hormonas cobran especial importancia respecto a su sexualidad.

Casi todas las hormonas se producen en glándulas de secreción interna (recuérdese que algunos neurotransmisores funcionan como ellas y viceversa), y la hipófisis se ha considerado, desde hace mucho tiempo, como la glándula maestra dado que, al parecer, controla el funcionamiento de otras (tiroides, gónadas, suprarrenales y otras). En época reciente se descubrió que la hipófisis dependía para su funcionamiento del hipotálamo, esto se consigue por medio de factores liberadores que permiten que la hipófisis secrete una determinada hormona.

En varones con problemas de deseo y erección es necesario determinar las cifras de:

- a) Hormona luteinizante o estimulante de las células de Leydig.
- b) Hormona estimulante del folículo o “estimulante de las espermatogonias”; esto en problemas relacionados con infertilidad.
- c) Testosterona: se valora la fracción unida a las proteínas, si bien la activa es la libre, nos servirá la existente entre esta cifra y la hormona luteinizante.
- d) Prolactina: desde el punto de vista clínico, se han encontrado valores altos en varones con deseo disminuido, incompetencia eréctil o ambos.
- e) Curva de tolerancia a la glucosa: es conveniente por el alto porcentaje de diabéticos con trastornos eréctiles.
- f) En la mujer, el deseo también se relaciona, como en el varón, con las cifras de testosterona.

No olvidar lo importante que es en el varón, a partir de los 40 años, la realización periódica de la medición del antígeno prostático.

II. Área psíquica

El estudio de este aspecto pretende determinar alguna causa psíquica individual para una disfunción sexual.

Es indispensable una historia psíquica completa como primer paso. Las causas psicológicas son determinantes para las disfunciones, por lo que el estudio cuidadoso de esta área proporciona mucha información y, a la vez, multiplica las posibilidades de una acción terapéutica eficaz.

Como en todo proceso de relación humana, el contacto inicial es muy importante, puesto que la entrevista es el elemento fundamental para el conocimiento del consultante y su problemática. El tipo de entrevista psicológica es abierto. El entrevistador debe proporcionar flexibilidad suficiente para permitir que el entrevistado configure el campo de la entrevista y sea quien la dirige. Esto es en especial importante porque el componente esencial del tratamiento es la comprensión y la empatía con el consultante.

Debe establecerse la empatía entre el paciente y el terapeuta, considera ésta como el sentimiento por parte del primero para recibir una respuesta eficiente e interesada, que promoverá una relación terapéutica fructífera. La empatía implica el establecimiento de comprensión y confianza entre el terapeuta y el consultante, y que este último sienta que puede compartir con él secretos que no compartiría con nadie.

Asimismo, es importante valorar la actitud del consultante, ya que algunos acuden con la idea de que están buscando ayuda de un experto para un problema o limitación, y otros pueden adoptar una actitud infantil y esperar una ayuda casi mágica por parte del terapeuta; otros acuden con reservas, incluso con resistencia como puede ser el miembro de una pareja que ha sido casi obligado a acudir a consultas por su compañero(a). Estos últimos pueden mostrarse inhibidos, disgustados o agresivos. En quienes adoptan una actitud infantil pueden seguirse dos caminos: o se refuerza la actitud inicialmente para establecer la empatía y después analizarla, o, desde un principio, se analiza para reforzar la confianza y empatía. Ante el consultante resistente y agresivo es necesario tener tacto, suavidad y, sobre todo, hacerle saber que se comprende bien su situación, que no se pretende juzgar ni condenar y que el interés del terapeuta es ayudar a una pareja con problemas, reales o imaginarios manifestados por la solicitud de ayuda por parte uno de los componentes. En seguida, se convendrá solicitarle que de su propia versión de los hechos, con los que suele lograrse la rotura inicial del hielo para después afianzar la empatía.

Ante consultantes tímidos, inhibidos y reservados, el terapeuta debe mostrarse receptivo, aclarar cualquier duda y contestar con lenguaje accesible. El terapeuta debe evitar exclamaciones, comentarios o gestos que impliquen aprobación o censura ante cualquier comunicación.

Uno de los propósitos de la entrevista es obtener información suficiente para el diagnóstico y tratamiento. La mejor forma de evitar que se olviden detalles importantes o se confunden, es tomar notas. A este respecto, es importante que estas últimas se anoten de modo que no interfieran y permitan el libre flujo de información del consultante. Si éste se sintiera incómodo por tal situación, lo mejor será dejar de hacerlo, pero los apuntes se harán de inmediato al terminar la sesión para evitar que se olvide información o se pierdan impresiones sobre las actitudes del consultante.

No debe olvidarse que el consultante con frecuencia hablará de manera más espontánea sobre su problema en la primera entrevista, razón por la que el entrevistador, además de tomar notas y analizar, debe mostrar una actitud de atención e interés, permitiendo el libre flujo de información. Cuando se produzcan silencios, que pueden ser desconcertantes y generar ansiedad, el entrevistador puede hacer una o dos preguntas que restablezcan el flujo de información. Al hacer las preguntas conviene utilizar el mismo tipo de lenguaje del consultante para evitar distorsiones o interpretaciones.

Las preguntas deben plantearse con habilidad, discreción y seguridad. Más adelante se comenta la importancia de la actitud propia, en especial cuando se trabaja en el área de la sexualidad.

A continuación se mencionan los puntos que deben cubrir toda exploración psíquica de un consultante. Esto permite asegurar que se haya hecho una exploración adecuada para determinar la causa del posible trastorno o disfunción sexual.

Antecedentes psíquicos o biográficos

En esta sección se omite la ficha de identificación por haberse mencionado en el capítulo de historia clínica. A continuación, se trata el **motivo de la consulta** y el **padecimiento actual**.

El **motivo de la consulta** debe transcribirse, cuando sea posible, en las propias palabras del consultante. Recuérdese que la historia clínica, además de ser el medio por el que se sistematiza y ordena la información para propósitos terapéuticos, también es un registro que permite a cualquiera que lea la historia tener una imagen del consultante lo más real posible. La historia clínica debe presentar una imagen viva y no una mera relación de hechos y circunstancias.

En cuanto al **padecimiento actual**, a menudo, el consultante hará un relato con cierto desorden que debe permitirse para no obstaculizar la verbalización del mismo; sin embargo, en la redacción de la historia clínica siempre será necesario presentar en forma ordenada la historia del inicio y la evolución del padecimiento o molestia. Con frecuencia, al organizar y sistematizar la información pueden surgir relaciones de las que el consultante no se había percatado. El padecimiento actual debe contener información sobre la fecha del inicio del problema, sus características, si se presentó por o junto con alguna otra circunstancia de su vida, si antes de esto se había presentado en forma diferente, las variaciones cualitativas y cuantitativas que pudo haber sufrido el padecimiento en su evolución y, en general, la información sexológica específica detallada en la sección correspondiente. En esta sección debe incluirse información respecto a tratamientos previos, fechas, en que consistieron y los resultados obtenidos.

Después, se describe la historia personal del consultante que consiste en la descripción de los periodos de su vida. Aquí, se menciona la información pertinente a alguna condición psíquica importante. En la sección correspondiente se analizan los diversos aspectos referentes a la sexualidad y desarrollo en estas etapas.

En cuanto a la niñez del consultante son importantes datos como la evolución del embarazo, la salud de la madre durante el mismo, las características generales del parto (cesárea, sufrimiento fetal, entre otros), si fue hijo deseado, información respecto a la infancia, las edades en las que se sentó, habló, caminó, en que controló esfínteres y la forma en que le fue establecido por sus padres; en general, la actitud de sus padres hacia él durante la

infancia. Es obvio que no tendrá ni recordará mucha de esta información por lo que se le solicita que la recabe con sus padres, o bien concertar una entrevista con ellos.

Es importante conocer el ambiente emocional y afectivo en que se desarrolló el consultante, su vida escolar, juegos, amigos, relación con maestros, edad a la que asistió por primera vez a la escuela, lo que sintió, su rendimiento académico, la forma de relacionarse con sus compañeros, las actividades más gustadas, las menos, su participación en actividades deportivas, la educación religiosa, y otras. Resulta muy útil pedirle que refiera la experiencia más agradable y la más desagradable que recuerde de este periodo de vida. Esta información permite una imagen más viva y fiel de la infancia del consultante. Con esto se logra una idea clara de sus desarrollo, ambiente circundante y de las formas predominantes de relación en esta época de la vida.

La pubertad y época considerada en nuestras sociedades como adolescencia también son muy trascendentes respecto al análisis del consultante. Además de los aspectos específicamente sexuales mencionados más adelante, son importantes los patrones (tipos) de relación con los padres, amigos y hermanos, el desempeño académico y social de la escuela, los intereses, sus éxitos y fracasos, las formas en que busca aceptación en su medio, crisis religiosa (si hubo) y, en general, toda información que sea no el relato de una serie de hechos, sino la experiencia empática de lo que fue la pubertad y adolescencia. También se considera útil la información respecto a las experiencias más o menos agradables que se recuerden de esta etapa de su vida.

Acerca de la edad adulta debe recabarse información respecto a la historia académica (si la hubo), selección de carrera o actividad, cambios de trabajo y razones de los mismos. Aquí hay que estar alerta para detectar patrones repetitivos, la presencia de mecanismos de defensa, estados de ansiedad o ambos. Los intereses, las actividades recreativas, relaciones amistosas, el grado de satisfacción con o los trabajos y actividades profesionales, la relación actual con sus padres y hermanos, las dificultades o problemas que se estén o se hayan enfrentado; respecto a la historia marital además de los aspectos sexológicos y de la exploración de la relación de la pareja, es importante conocer qué fue lo que atrajo al entrevistado con su pareja, las condiciones y características, duración, problemas y desarrollo en general del noviazgo o cortejo, las actitudes de las respectivas familias, las metas iniciales del matrimonio, si se han cumplido o modificado, los problemas que hayan surgido y se hayan resuelto y cómo se resolvieron, si tienen hijos, si fueron deseados o no.

Otro aspecto importante es la **historia familiar**. En ella se registra información sobre parientes directos, nombres, edades y ocupación, el tipo de relación que lleva el entrevistado con ellos y, sobre todo, interrogar acerca de padecimientos psiquiátricos, depresión, alcoholismo, farmacodependencia, suicidio, deficiencia mental, sífilis o padecimientos convulsivos. También será importante conocer las conductas maritales, divorcios y número de hijos de cada uno de estos parientes.

Además de los aspectos mencionados, todo estudio psíquico debe contener la valoración **del estado mental** que permitirá, al entrevistador y a quienes lean la historia clínica, tener una idea clara del estado emocional y las capacidades y función mental del entrevistado. En la redacción de la historia conviene presentar esta información con orden, aunque se obtenga en desorden, ya que muchos de los datos se consiguen a través de toda la entrevista. En esta sección, a menudo, conviene insertar citas de expresiones o respuestas del entrevistado, con lo que se ilustraran conclusiones a la vez que la imagen del consultante

será más vívida para quien lea la historia. A continuación se abordan los aspectos que deben evaluarse y consignarse.

El comportamiento durante la entrevista puede ser fuente valiosa de información y al analizarlo debe considerarse la **aparición general** y el **arreglo del entrevistado**. La estatura, complexión, arreglo personal, limpieza, el estado y tipo de ropa.

Debe incluirse en la historia la **actitud y relación con el entrevistado**, si fue cooperador, agresivo o aislado, si se mostró amistoso, inquisitivo o cualquier otra actitud indicativa de este aspecto.

También debe valorarse el **comportamiento motor**. La postura del cuerpo al entrar al salón de la entrevista, la **forma de caminar**, el **porte** durante la marcha, la **postura** o los cambios en la misma durante la entrevista. Cuando se aborda un tema que origina ansiedad en el consultante, pueden percibirse cambios en la postura, a veces defensivas, otras pueden ser sólo un reacomodo en la silla como poniéndose en guardia como queriendo alejarse.

En la expresión facial debe valorarse tensión o ansiedad, si las expresiones concuerdan afectivamente con el tema comentado, la existencia de una facie inexpresiva y plana, la mirada fija, si ve a los ojos o tiene desplazamientos constantes de los mismos; también son indicativos la forma y cambios en los labios y deberán valorarse para incluirlos en la historia.

Debe realizarse un cuidadoso **análisis de la voz y el habla** del entrevistado con aspectos como la **intensidad de la voz**, el **tono**, **velocidad**, **facilidad** de la palabra, **espontaneidad** o si sólo habla cuando se le interroga, **productivo o lacónico**, el **tipo de lenguaje** (formal, técnico, pedante, familiar), **tipo de vocabulario** (con neologismos, expresiones vulgares o groseras), por último, la **dicción**. El comportamiento y observación de estos aspectos permite detectar cambios o modificaciones que se den en cualquiera de las cualidades de voz o el habla que sean indicativos de temor, ansiedad o cualquier cambio afectivo en la entrevista.

Es necesario interrogar y observar las emociones del consultante. De especial importancia será notar falta de correlación entre lo que relata y la relación emotiva, como quien platica un suceso triste y desagradable y se ríe o muestra contento o viceversa, lo que se denomina disociación ideoaffectiva. También es útil preguntar al consultante cómo se siente durante la entrevista. Esto permite conocer y atender sus patrones de expresión a la vez que mejora la empatía. Cuando el consultante no pueda responder directamente, puede ayudarse al preguntar frases como: ¿nervioso?, ¿triste?, ¿alegre?

Otro aspecto indispensable en la valoración psíquica es el estudio del **contenido del pensamiento**, donde deben descartarse diversas posibilidades como:

- a) **Tendencias hipocondriacas** manifestadas ante preguntas: ¿cómo está tu salud?, ¿enferma a menudo?, ¿acude con frecuencia al médico?, ¿sigue alguna dieta especial?, ¿suele tomar medicamentos?, ¿cuáles?, o preguntas específicas respecto a diversos órganos o sistemas.
- b) **Pensamientos obsesivos** que surgen ante preguntas como: ¿es usted muy ordenado y puntual?, ¿le molesta mucho que cambien de su lugar su ropa o sus cosas?, ¿con frecuencia, si sale de casa, le asalta la duda de haber cerrado la puerta bien?, ¿algunas veces regresa a rectificar?, ¿no se duerme sin revisar las llaves del gas o las ventanas?, ¿gusta de contar los números de las placas de los automóviles?, ¿piensa

a veces que si deja de hacer cierta acción se producirá un fenómeno ajeno?, ¿por ejemplo, si logro dejar de fumar, me aumentarán el sueldo en la oficina; ¿suele repetirse mentalmente números, rezos o lemas?

- c) **Compulsiones**, cuando la persona no sólo se inquieta por la puerta, el gas o las ventanas sino que sólo queda tranquilo hasta verificar. Otras preguntas serán: ¿tiene usted hábitos o rituales muy arraigados?, ¿siempre tiene que lavarse las manos o bañarse en cierta forma?, ¿por la mañana o en la noche puede dormir?, ¿tiene que hacer ciertas cosas, siempre en el mismo orden?
- d) **Tendencias depresivas** que suelen expresarse por el mismo consultante; sin embargo, pueden ser útiles algunas preguntas como: ¿siente que la vida no tiene objeto?, ¿ha pensado que le gustaría desaparecer o que estaría mejor muerto que vivo?, ¿no le atrae pensar en algún proyecto futuro?, ¿piensa que no sirve para nada?, ¿se siente culpable de algo?
- e) **Fobias**, los consultantes suelen, plantearlas espontáneamente, pero pueden ser útiles preguntas como: ¿le tiene miedo a algo?, ¿evita algunos lugares por temor?, ¿utiliza ascensores?, ¿no teme salir a la calle o comer ciertos alimentos?
- f) **Ideas de persecución**, ¿siente que alguien le desea algún daño?, ¿hablan de usted a sus espaldas?, ¿lo observan constantemente?, ¿lo quieren controlar o lo controlan?
- g) **Alucinaciones**, pueden ser visuales, auditivas, olfativas, táctiles y gustativas. Las primeras se exploran al preguntar: ¿alguna vez ha visto cosas que sabe que no están o no pueden estar donde las vio?, ¿se mueven o permanecen quietas? Las alucinaciones auditivas: ¿alguna vez ha escuchado que le dicen cosas sólo a usted?, ¿alguna vez tiene la impresión de escuchar su pensamiento dentro de la cabeza? Cuando escucha estas voces, ¿qué le dicen? Las olfatorias: ¿algunas veces percibe olores extraños, como olor a gas? Las táctiles, ¿alguna vez ha sentido cosas o animales sobre su piel sin que pueda ver algo? Respecto a las gustativas, ¿alguna vez percibe sabores extraños?, ¿cuándo sucede?, ¿qué lo provoca?
- h) **Tendencias esquizofrénicas**, estas son ideas y pensamientos de irrealidad, que pueden sugerir un probable proceso esquizofrénico: ¿en ocasiones siente su cara o su cuerpo como algo extraño?, ¿suele sentir que entre el mundo y usted hay una barrera, como si estuviera encerrado en una caja de cristal? Cuando camina, ¿alguna vez ha sentido o pensado que alguien mueve sus piernas?
- i) **Ideas megalomaniacas**, también suelen ser expresadas por el consultante, pero pueden ser útiles preguntas como: ¿tiene algunos poderes especiales?, ¿recibe mensajes de alguna fuerza superior?, ¿piensa que la gente sabe y reconoce quién es usted realmente?

La presencia de cualquiera de los contenidos del pensamiento previamente enumerados puede iniciar un proceso psicopatológico por lo que será necesario un estudio y atención psiquiátricos específicos.

Otro aspecto que debe explorarse es el del **sensorio y las funciones mentales**. Es indispensable conocer la orientación que se explora en tres áreas: **orientación en persona**: ¿sabe el consultante quién es él, quién es el entrevistador y las personas de la clínica, puede identificar sus papeles correctamente?; **orientación en tiempo**: ¿sabe la fecha, el mes del año, el año?; **orientación en espacio**: ¿sabe en dónde ésta, qué país, qué ciudad, en qué colonia o calle?

En el capítulo de las funciones mentales habrá que explorar la **memoria reciente** (dónde vive, qué hizo ayer, qué comió hoy), la **memoria remota** (dónde nació, nombre y localización de las escuelas a las que acudió, nombre y fechas de nacimiento de sus hijos, entre otras), la **capacidad de retentiva y las capacidades para contar y hacer cálculos**. Asimismo, es importante valorar los **conocimientos generales del consultante**; no es una evaluación de erudición sino que él mismo a través de la entrevista dará los elementos para valorar sus conocimientos generales.

También será indispensable valorar la capacidad para el **pensamiento abstracto y de introspección**. El primero puede explorarse al solicitar al entrevistado que explique el significado de algún proverbio, por ejemplo: “cuando veas las barbas de tu vecino cortar, pon las tuyas a remojar”. Cuando está conservado el pensamiento abstracto, el interrogado dará una explicación del significado bastante adecuada; sin embargo, cuando falta la capacidad de abstracción la explicación se fijará sobre aspectos muy concretos y relacionados directamente con el enunciado. La capacidad de introspección se refiere a la posibilidad de percibir sus sentimientos internos, captar su situación actual, la necesidad de ayuda, si existe consciencia de enfermedad, si es capaz de comprender y analizar fuerzas y sentimientos inconscientes en él.

Por último, todo estudio psíquico deberá registrar el temperamento, la **orientación del carácter** y los **mecanismos de defensa** que operan en el consultante. Su valoración puede hacerse siguiendo los lineamientos descritos en el capítulo 7. Obviamente, si algún lector prefiere otra caracterología, será igual de válida puesto que lo importante es el conocimiento del consultante y no el marco de referencia usado.

Si bien los aspectos de la valoración mental del consultante son importantes para detectar y determinar la necesidad prioritaria de tratamiento psiquiátrico, los del temperamento, carácter y mecanismos de defensa son fundamentales para conocer la causa y proporcionar el tratamiento adecuado de una disfunción.

Una vez obtenida una buena historia clínica psíquica, necesariamente se conocerá mejor la biografía del individuo y las circunstancias que lo hicieron la persona que hoy es, sus patrones de respuesta afectiva, la forma en que vive y desarrolla sus relaciones interpersonales, las capacidades y limitaciones para la percepción de expresión afectivas, el estado de sus funciones mentales, su temperamento, orientación del carácter, si existe o no ansiedad y las formas que usa para evitarla, es decir, los mecanismos de defensa.

Sin duda, los elementos anteriores permitirán dilucidar posibles causas psíquicas de disfunciones y descartar psicopatología importante enmascarada por disfunción como motivo principal de consulta.

Pruebas psicológicas individuales

A veces se requerirán, además de una historia clínica psíquica cuidadosa, **pruebas psicológicas individuales**. En función de ello se revisarán algunas, valorando su utilidad e indicaciones. Las principales pueden explorar inteligencia, personalidad o daño cerebral.

Entre las de inteligencia está la prueba de Benton de retención visual, de Cattell para inteligencia infantil de Gesell, de inteligencia de Stanford-Binet, de Wechsler o WAIS para adultos y WISC para niños, y muchas más.

A este respecto debe señalarse, en primer lugar, las serias controversias que existen hoy en día para definir la inteligencia, así como las pruebas que pretenden medirla más a su

aplicabilidad transcultural. Las disfunciones o alteraciones sexuales no son causadas por una mayor o menor capacidad intelectual, por lo que tienen poca utilidad en el diagnóstico de disfunciones y alteraciones sexuales.

Es diferente el caso de las pruebas proyectivas de personalidad que pueden ser de gran utilidad, para conocer con mayor amplitud algunos aspectos de la personalidad del consultante. En este grupo están pruebas como: dibujo de una persona, Rorschach, Frases Incompletas, Apercepción Temática o TAT, e Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota o MMPI.

Estas pruebas deben ser aplicadas e interpretadas por profesionales con amplia y sólida experiencia.

Los resultados e interpretaciones de las pruebas de personalidad ayudan a complementar los datos de la historia clínica general, ya que permiten conocer algunos de los mecanismos inconscientes del comportamiento del consultante.

El MMPI consta de un cuestionario de 566 preguntas en forma de aseveraciones positivas y negativas referentes a muchos aspectos de la personalidad y a otras áreas como salud en general, neurología, hábitos, familia, religión y diversos aspectos psicopatológicos.

Su clasificación es laboriosa y requiere experiencia. Ésta, al igual que la mayor parte de las pruebas psicológicas, es motivo de controversias entre sus adeptos y detractores; sin embargo, puede ser útil en la práctica sexológica.

De las pruebas de personalidad merecen mención dos: Medicina Ciudad Universitaria (MCU) que fue creada hace años por el Dr. Armando Hinojosa (1967). Es una prueba proyectiva autoaplicable por cuestionario escrito, que pretende determinar la orientación del carácter según el marco de la caracterología de Fromm, definiendo los rasgos negativos y productivos del individuo. Su calificación también es laboriosa y requiere experiencia; sin embargo, a veces es útil, sobre todo cuando no se dispone de mucho tiempo para las entrevistas. Pueden obtenerse mayores datos sobre esta prueba consultando el libro del maestro Hinojosa.

Por último, están las pruebas que permiten detectar daño cerebral o determinadas funciones mentales. Entre las más usadas están: Bender-Gestalt, para valorar la coordinación visomotriz, que puede señalar daño cerebral; Eisenson, para afasia, que explora la habilidad para emitir y recibir significados por diversos medios y que sirve para evidenciar el pensamiento concreto y abstracto en el que, por medio de cubos, colores y formas, se explora la habilidad de abstracción. Estas pruebas también tienen poca utilidad en el campo que nos ocupa, pueden ser útiles en casos excepcionales y requieren de capacitación para aplicarlas e interpretarlas.

Una vez realizada la valoración psíquico y descartado psicopatología que requiera atención especializada, se podrá iniciar el estudio sexológico. La base de éste es la historia clínica sexual.

Pruebas sexológicas específicas

En la actualidad se cuenta con pruebas específicas para el área sexológica, desarrolladas por investigadores del Instituto Mexicano de Sexología, las que tienen validez y confiabilidad para México. Su uso en otros países requerirá que los interesados las adecuen y validen para sus culturas, si les interesa utilizarlas.

Inventario de Satisfacción Sexual

Álvarez-Gayou & Paulina Millán validaron y obtuvieron confiabilidad de esta escala que mide **satisfacción sexual** (2004). Se trata de un instrumento con 29 ítems (reactivos) que se contesta con una escala tipo Likert.

Asertividad sexual

Otro instrumento también validado en el que mide **asertividad sexual** (Honold, 2006). Con esta prueba se pueden valorar las diferencias y coincidencias en este aspecto en la díada.

Actitudes ante la sexualidad

Se dispone de un instrumento que mide **actitudes ante la sexualidad** (Millan & Álvarez-Gayou, 2008), el cual puede reflejar similitudes y diferencias en cuanto a liberalidad y conservadurismo en el seno de una pareja.

En la actualidad, esta prueba sustituye al conocido TAC que se utilizaba antes, por ser este último incómodo para algunas personas por explorar comportamientos que para algunas personas son indeseables o inadecuados.

Prueba de la curva de respuesta sexual humana

Resulta interesante observar cómo un modelo propuesto para esquematizar genéricamente cambios y sucesos universales durante el ciclo de la respuesta sexual, puede proporcionar mucha información cuando se aplica de manera individual a explorar disfunciones y buscar su clasificación exacta.

He aquí cómo funciona:

Una vez en el área sexológica, se explica al consultante (si aún no lo sabe), lo que es la respuesta sexual humana y la curva mediante la cual se presenta; asegurando que no haya dudas, se le pide que dibuje la o las curvas de respuesta sexual que considere más frecuentes o representativas de su experiencia y realidad. Puede, de esta manera, dibujar varias; la correspondiente a masturbación, la que represente el coito con su compañero y también la que represente el coito con otros compañeros sexuales. Otra más puede ser la que se refiere al inicio de la relación y otra a la actual.

El siguiente paso es analizar y revisar con el consultante, la razón de las diversas características de las fases de las curvas resultantes.

El dibujo de estas curvas, con su correspondiente análisis, pasa a formar parte del expediente, reforzando, ampliando, enriqueciendo no sólo el conocimiento del consultante, sino la firmeza del diagnóstico, ya que como se expone en el apéndice donde se presentan casos clínicos, las curvas realizadas por ellos mismos son muy descriptivas y no dejan dudas de lo más que manifiestan.

Por ejemplo, en casos de decremento de la fase de estímulo sexual efectivo situacional o selectivo, la línea ascendente se corta súbitamente interrumpiendo el dibujo o no se eleva.

También la línea que describe la meseta, se prolonga hasta que el consultante retira la pluma y dice “de aquí no paso”.

De igual manera, la línea correspondiente de la meseta se acorta para elevarse, definiendo el orgasmo establecido en muchos casos; lo que manifiesta espontáneamente: “bueno, mira, la penetración es aquí, entonces los movimientos se hacen más rápidos y eyaculo”.

Es interesante ver cómo en el transcurso de esta prueba objetiva, se obtienen todavía más datos sobre la vida sexual del consultante, de su personalidad, de su propia percepción; de esta manera, las diferencias en tamaño y utilización de la página expresan la forma en que proyectivamente el paciente recibe su respuesta.

Es por esto que se considera muy importante la autodefinición de la propia curva de respuesta sexual humana.

Expresiograma

Éste puede reflejar la experiencia diferencial en cuanto a expresiones comportamentales y sus niveles en distintos miembros de la pareja.

Pletismógrafo

Se usa para establecer si hay incrementos en volumen y circunferencia del pene, causado por vasocongestión, aun cuando no se perciban por el individuo.

Durante el día pueden presentarse estos incrementos y con mucha frecuencia durante los periodos **MOR** del sueño.

Estos aparatos son de fácil colocación y no producen molestias.

Los desarrollados por Freud *et al.* en 1965, miden los cambios en volumen y están constituidos por un cilindro de vidrio con un capuchón de caucho en la punta; el pene se inserta en el cilindro y las mediciones se determinan por las cantidades de aire desplazadas dentro del cilindro cuando ocurre la erección.

Barlow *et al.* (1970) detectaron los cambios en circunferencia peneana. Su pletismógrafo consiste en un anillo delgado de metal abierto de un punto, con uno o más medidores de fuerza en la base; el anillo y los medidores se colocan en la base del pene y, si hay tumescencia, la parte abierta del anillo se ensancha causando presión en los medidores de fuerza, ocasionando impulsos medibles en corrientes eléctricas.

El pletismógrafo vaginal desarrollado por Geer *et al.* (1974) consiste en un detector vaginal con una fuerza de luz y una celdilla fotosensible en uno de los lados. Este aparato mide la cantidad de luz reflejada por las paredes vaginales, la cual varía con el grado de vasocongestión que ocurre durante la excitación sexual.

El pletismógrafo se puede colocar y retirar con facilidad por la usuaria misma y no causa molestias.

Hay datos que sugieren que estos aparatos registran las diferencias entre los cambios producidos por la excitación, y que la medición fisiológica de la excitación se correlacionan en muchos casos con los informes de los usuarios sobre su penetración subjetiva.

III. Área sexológica

El medio por el que se diagnostica el origen y causa de las disfunciones en una persona o pareja es la historia clínica sexual, ya que muestra características y situaciones específicas que indican la estrategia terapéutica a seguir.

La obtención de la historia clínica sexual requiere de minuciosidad, paciencia, habilidad y sensibilidad del sexoterapeuta, y suelen ser necesarias un mínimo de 4 a 6 h con cada consultante, ya que es preciso obtener la mayor información indicativa posible. Esto puede hacerse en dos, tres o cuatro entrevistas según la disponibilidad de tiempo, capacidad de introspección y colaboración del entrevistado.

Cuando el o los consultantes sienten la necesidad de ayuda par resolver situaciones problemáticas en su relación, acuden a una primera entrevista, durante la cual, en forma individual o conjunta, expresan lo que consideran su motivo de consulta; ahí, el terapeuta puede distinguir los puntos sobresalientes que indican disfunciones que interfieren y actúan en detrimento de la relación. Pero... ¿quiénes son estas personas?, ¿cuál es su información y actitud ante la sexualidad?, ¿cómo vivieron sus primeras experiencias eróticas?, ¿viven la sexualidad como fuente de placer? o se avergüenzan de tener “estos impulsos”. ¿Cuánto tiempo tienen con sus problemas?, ¿cómo han respondido y vivido estas circunstancias de alteración?

En estas situaciones, hay que explorar y definir para obtener la definición completa tanto de la relación como de las personas que interactúan en ella.

Requerimientos

Ambiente

El terapeuta debe recordar, como se mencionó, la dificultad que muchos tienen para hablar de su sexualidad y sus problemas sexuales; no es adecuado esperar a que el consultante “entregue” con facilidad, y en el primer intento, sus experiencias y vivencias sexuales, habrá que establecer, primero, un ambiente cálido, de aceptación y comunicación abierta, expresando categóricamente en el inicio de la entrevista la garantía de ética y confidencialidad estrictas con que se manejará la información. También es recomendable que el consultante sepa que el terapeuta de ninguna manera juzgará sobre lo manifestado por él, ya que el temor a ser considerado “malo”, “anormal” o “pervertido”, impide la verbalización de situaciones importantes para obtener datos verídicos y claves en la problemática a explorar.

Un pequeño prólogo sobre tópicos cotidianos, una broma espontánea o incluso un chiste, pueden lograr que se abata la tensión que pudiera existir y propiciar el camino a los puntos claves para poder llegar al consultante: **comunicación, empatía y respeto**. Durante la entrevista se debe hacer sentir al consultante receptividad, aceptación, solidaridad y calor humano; cualidades que aunadas al carácter profesional del sexoterapeuta permitirán su apertura, receptividad o aceptación.

Comunicación

La comunicación se refiere a la utilización de los medios disponibles para establecer: lenguaje verbal, corporal, expresiones faciales, inflexiones de la voz y actitudes.

Lenguaje. En el idioma hay muchas maneras de hablar y expresarse; hay infinidad de términos y vocablos para denominar el mismo objeto y situaciones. Hay quienes usan el lenguaje popular; otros, el técnico y científico, los que utilizan el llamado “grosero”. Es importante conocer todos para saber lo que los consultantes refieren, incluso expresar las respuestas en los términos que acostumbran. En caso de dudas al encontrar términos desconocidos o poco claros, es conveniente pedir al consultante que explique lo que dice.

El sexoterapeuta debe saber cuál es el lenguaje con el que el consultante se siente cómodo y no caer en tecnicismos con analfabetas o en modismos locales con extranjeros y en términos “soeces” con alguien que habla con propiedad lingüística. Ahora bien, ni el tema tratado, ni la familiaridad que en un momento dado se pueda establecer con el consultante deben hacer caer en la vulgaridad.

Lenguaje corporal. Al mismo tiempo se observan cuidadosamente las señales que la persona entrevistada envía; éstas pueden ser: actitud tensa en tanto que permanece aferrado a los brazos del sillón, balancear constantemente los miembros, retorcerse las manos, rehuir la mirada, carraspeos constantes, entre otros (estos datos están en el área psiquiátrica); debe vigilarse cuidadosamente el propio lenguaje corporal: una ceja levantada desaprobatoriamente, un gesto de sorpresa; además, una actitud de apatía, aburrimiento o ausencia puede hacer que fracasen todos los intentos verbales de comunicación, ya que el consultante recibirá también todos los mensajes corporales exteriores y aunque no los definirá y clasificará conscientemente como lo hace el terapeuta, reaccionará ante ellos y quizá su reacción no será la necesaria para los fines de la entrevista.

Una vez establecidos los canales de comunicación en cada caso, debe cuidarse que se conserven libres y sin interferencias, guiando la entrevista a un ritmo que permita, dentro de los límites específicos, la verbalización espontánea del consultante, aun cuando se refiera a hechos que ocuparían otro lugar en el orden de la estructura de la entrevista, ya que interrumpirle para sostener este orden en los apuntes, bloquearía la expresión libre y haría perder datos que después posiblemente no se obtendrían.

De la misma manera, podemos pasar por alto, para ser retomados después, los puntos del interrogatorio ante los que el consultante muestra reticencia y angustia; mostrarse insistente pudiera hacer que diera respuestas falsas “por salir del paso” y resistencias mayores. La flexibilidad durante la entrevista puede dar mejores resultados que la rigidez del cuestionario.

Desde luego, hay consultantes con capacidad de introspección, análisis y síntesis excelentes, con los que se puede seguir un orden estructurado y resulta muy cómodo trabajar; en estos casos, agregando observaciones clínicas, conclusiones, pronóstico y estrategia de terapia al apunte inicial y al borrador, se puede obtener el expediente final. Por lo general, consume mucho tiempo pulir, filtrar, interpretar, sintetizar y estructurar las páginas del borrador.

Empatía

La definición técnica es el grado de sintonía afectiva con las demás personas y ambiente circundante; ¿por qué esta característica tan necesaria para el terapeuta para el beneficio

de su consultante? Al respecto podría decirse, como se mencionó, que es la capacidad para entender y percibir plenamente la situación y vivencia de otros, pudiendo lograr la sensación de estar en su posición, colocarnos en su lugar, sentir y participar en sus percepciones. El sexoterapeuta puede preguntarse: ¿cómo me sentiría en esta entrevista si yo fuera el interrogado?, ¿cómo reaccionaría si me viera del otro lado del escritorio? Es muy importante también que se haya confrontado con su propia sexualidad, la de otros y haberlas aceptado sin conflictos.

Es muy fácil teorizar, elaborar pláticas acerca de la naturalidad y positividad de una vida sexual plena y satisfactoria, de lo frecuentes que son algunas expresiones comportamentales de la sexualidad, pero ¿qué sucede al enfrentarse a ellas?, ¿cuándo se maneja la sexualidad en su expresión vital, genital, y ésta no coincide con la propia?, ¿qué sucede cuando no sólo no coincide, sino se contraponen, resultan chocantes y no se resuelve en forma actitudinal este conflicto y se sigue aferrando a la racionalización sin haber manejado las actitudes propias?

Cuando se dice que es muy importante, se es conservador y moderado. Aquí cabría decir que es **absolutamente necesario e imprescindible** tener actitudes congruentes con los conocimientos y conceptos que se manejan de otra manera; las apreciaciones serían poco objetivas en la vivencia proyectada y la respuesta que se obtendría sería poco objetiva, y por completo distorsionada, defensiva y protectora de un yo que se siente amenazado.

Así como se establece, cuida y propicia la comunicación y empatía, debe estarse muy atento para evitar establecer lazos afectivos que impidan un enfoque objetivo e imparcial indispensable en esta situación, aunque permitiendo, de la misma manera, ser cálidos, afectuosos y espontáneos con el consultante.

Respeto

De las actitudes del terapeuta que maneja en la entrevista, depende lograr la veracidad del consultante para obtener los datos necesarios en el diagnóstico certero y elegir la estrategia terapéutica más adecuada.

En este punto convergen la ética profesional y la calidez humana; la comunicación y la empatía se conjuntan, se complementan, interactúan y se manifiestan en el respeto, ¿se puede ser científico sin ser objetivo? No. ¿Se puede ser cálido con una actitud distante y reservada? No. ¿Puede el terapeuta ofrecer respeto a sus consultantes, expresando el punto de vista personal como lo único bueno y deseable, y convertirse en juez dictatorial de lo que le confía? No. Respetar los derechos y libertades de otros ¿es conceder magnánimamente esos derechos y libertades?

Esto queda fuera de todo cuestionario, son derechos y libertades intrínsecas que nadie puede conceder a nadie.

Una vez logrados los requerimientos básicos del ambiente cálido y fluido, comunicación, empatía y respeto, se puede proceder a la entrevista dirigida.

Historia clínica sexual

Sería poco útil y necesaria en la terapia sexual si se interpreta en forma aislada; esto sería enfocar microscópicamente un punto de un universo vasto, amplio, complicado. Por eso,

cada consultante debe ser explorado en las áreas social y cultural, así como en las otras ya mencionadas.

Sin embargo, éstas se intersectan y se relacionan de tal forma que sería difícil dar una separación y definición estrictas, pero el desglosamiento es bastante útil para fines estructurales y de sistematización.

Sociocultural. ¿Quién es el consultante?, ¿dónde nació?, ¿qué hace?, ¿le gusta lo que hace?, ¿tiene alguna religión?, ¿cuál?, ¿la practica?, ¿es creyente?, ¿en qué grado? Deben obtenerse los siguientes datos:

Antecedentes generales

Nombre completo.

Edad.

Fecha de nacimiento.

Lugar de nacimiento.

Lugar de residencia.

Escolaridad en grados y años académicos.

Tipo de escuelas en las que se instruyó.

Ocupación actual.

Ocupaciones anteriores (secuencia y duración, motivos de retiro).

Satisfacción con la ocupación actual.

Religión.

Grado de práctica y creencia religiosa.

Estado civil.

Número de matrimonios o parejas estables (relaciones fijas que considere importantes).

Pareja actual, nombre, edad, religión, escolaridad, ocupación.

Número de hijos, si los hay.

Nombres, edades, sexos, escolaridad de los hijos.

Aficiones: intelectuales, deportivas, sociales, lecturas.

Descripción física del consultante.

Motivo de consulta: (versión propia).

Familia nuclear: relación de los hijos y de su compañero.

Familia de la que proviene:

Padre:

Nombre completo.

Edad.

Escolaridad.

Ocupación.

Características afectivas y emocionales.

Estado civil.

Relaciones con: la madre, el consultante, los hermanos, los amigos, (si es fallecido, hace cuanto tiempo, causa).

Madre:

Mismos datos que el padre.

Número de hermanos y lugar que ocupa el consultante entre ellos.

Hermanos.

Número.

Sexo.

Número de vivos y fallecidos en orden cronológico estricto:

Edad.

Nombre.

Escolaridad

Ocupación.

Estado civil.

Religión.

Números de hijos.

Relación afectiva.

Ambiente familiar:

Clima que imperaba en el hogar.

Presencia o ausencia de demostraciones de afecto: verbales o corporales.

¿Había castigos físicos?, ¿cómo eran?

¿Quién los ejecutaba?

¿Se abrazaban o besaban los padres en presencia de los hijos?

¿Se habla de la sexualidad?, ¿cómo?

¿Se reprimía la sexualidad?, ¿cómo?

¿Compartía la familia actitudes o recuerdos importantes?

¿Con quién de los padres se relacionaban más y mejor?, ¿por qué?

Recuerdos importantes.

Relaciones sociales, ¿las mantenían?, ¿eran perdurables?

Antecedentes sexuales. Es el área en la que el consultante tiene más expectativas, a la que se enfrenta con mayor temor; es tarea del sexoterapeuta hacerla fácil, suave, tranquila, quitarle el aura amenazante con la que se le reviste con tanta frecuencia, a diferencia del área anterior en la que puede establecer un sistema de preguntas con respuestas más o menos concretas, en este punto se analizará cada uno de los tópicos tanto de su motivo y lugar, como en la estrategia de la entrevista a seguir.

Infancia. Podría decirse que es en esta época durante la que se recibe y acumula el mayor número de estímulos indefinidos, de impresiones que muchas veces no dejan recuerdo consciente, pero que se manifiestan de manera sorprendente e intrigante. Así, puede haber sanciones vagas, que revisadas a través del tiempo y a la luz de otros conocimientos, llegan a identificarse como sensuales, placenteras o eróticas. Sin embargo, se ha visto que tiende a negarse y reprimirse la sexualidad infantil; estas sensaciones y percepciones quedan en la ambigüedad y es por eso que si se pregunta directamente se obtendrán negaciones; habrá que aclarar y analizar las vivencias tenidas al participar en juegos como la resbaladilla, trepar y resbalarse en un poste, el caballito, la bicicleta, y otros.

Primer recuerdo erótico. ¿En qué consistió?, ¿fue una sensación percibida como resultado de un juego?, ¿lo despertó un autotocamiento?, ¿qué sintió?, ¿lo repitió?, ¿fue sorprendido por quién?, ¿cuál fue la actitud de quién lo sorprendió? ¿qué le dijeron?, ¿fue sorprendido?, ¿cómo?

Juegos eróticos compartidos. Para muchas personas es fácil recordar de las veces en que jugaron al “doctor”, “a los papás”, y otros juegos. Pero para muchos no lo es tanto. La mayoría seguramente fue reprimida por sus mayores o repudiados por sus compañeros de juego, por lo que posiblemente tengan esta experiencia bloqueada por sentimientos de vergüenza y culpa, y utilizan la represión y la negación como mecanismos de defensa, simplemente no la recuerdan. Puede suceder que no hayan tenido estas experiencias por la rigidez de la educación y la vigilancia recibidas; en cuyo caso, tendrá que diferenciarse la situación.

La manera en que se dirija el interrogatorio hará la diferencia entre los datos obtenidos: preguntar en forma directa, enfrente, hará que la respuesta expresada por la necesidad de responder de alguna manera o con una negación absoluta; insistir reiterativamente y de modo agresivo para forzar al consultante a contestar, hará que “se cierre”, incluso puede dañar la comunicación ya establecida.

En esta situación, matizar las preguntas con la aceptación propia de este tipo de experiencias, solidarizándose explícitamente con el consultante, puede lograr el propósito deseado.

La información que debe obtenerse es:

Edad a la que sucedieron; ¿con quién o quienes lo llevaron a cabo?, ¿en qué consistía específicamente el juego?, ¿dónde lo hacían?, ¿había desnudez?, ¿cómo la proporcionaban?, ¿fueron sorprendidos?, ¿por quién?, ¿fueron regañados o castigados?, ¿cómo?, ¿cuál fue la vivencia del juego en esa época?, ¿cuál es la vivencia del juego actualmente?, ¿Comentarios espontáneos?, ¿hubo alguna experiencia violenta por parte de algún adulto?, ¿quién?, ¿cuándo?, ¿siente que lo afectó?, ¿cómo?

Información sexual. En este punto habría que precisar las fuentes a las que se recurrió en busca de satisfacción de inquietudes, curiosidades e intereses sobre sexualidad. ¿Se habla en su casa de sexo?, ¿por qué?, ¿respondían los padres las preguntas sobre ese tema?, ¿cómo?, ¿eran veraces?, ¿respondían con verdades a medias?, ¿cuál era la actitud de los padres al responder?, ¿otras personas mayores respondían a las preguntas además de los padres?, ¿quiénes?, ¿cómo?, ¿cómo eran las pláticas con compañeros de la misma edad?, ¿qué contenido tenían estas pláticas?, ¿leía revistas con temas sobre sexualidad?, ¿leía material con contenido erótico sexual explícito?, ¿qué sensación le producían?, ¿qué idea tenía sobre sexo, reproducción, placer? Comentarios espontáneos.

En esta sección es importante preguntar, pedir datos acerca de los mitos, tabúes y cuentos que hallan llegado de él (ella), pues casi siempre existen y permiten conocer mejor al consultante; al mismo tiempo, relajan la tensión y abren el camino para explorar:

Pubertad, adolescencia y masturbación: “adolescencia” es un concepto social mal definido que no existe en todas las culturas, se utiliza aquí para situaciones donde la sociedad coloca a seres humanos en desarrollo cuando conviene exigirles arbitrariamente comportamientos ambivalentes “niño-adulto”, sin concederles las prerrogativas y derechos de esta situación.

La información que debe obtenerse es:

Consultantes mujeres

Edad de la menarca, ¿había información previa?, ¿quién la proporcionó?, ¿de qué tipo fue esa información? Vivencia del suceso. (Ritmo, duración, dismenorrea).

Con consultantes de ambos sexos:

Edad del primer orgasmo nocturno; vivencia de este suceso, información previa; reacción de la familia, si se enteró; mitos al respecto; edad (amigos, autodescubrimientos concursos).

El autoconocimiento es esencial en el desarrollo de la vida sexual; del transcurso de esta etapa pueden obtenerse conclusiones útiles.

Sensaciones durante la masturbación; lugar y técnicas para efectuarla; ¿utilizaba revistas?, ¿de qué tipo?, ¿a solas?, ¿en grupo? Frecuencia masturbatoria al inicio; percepción retrospectiva de la masturbación; mitos y tabúes que conocía sobre la masturbación; relaciones personales y sociales; desempeño escolar; autopercepción de esta época; frecuencia masturbatoria actual; percepción actual de la masturbación; técnicas utilizadas; fantasías utilizadas.

Vida coital

Edad del primer coito.

Circunstancias en las que ocurrió (lugar privacidad); expectativas al respecto; compañeros; ¿eran de su agrado?, ¿lo (la) acarició?, ¿hubo desnudez?, percepción del evento; sensación poscoito; obtención del orgasmo; condiciones externas satisfactorias; desempeño sexual retrospectivo; ¿en qué momento aparece la disfunción?

Varones: ¿tenía problemas de erección?, ¿cuándo?, ¿con quién?, ¿a qué lo atribuía?, ¿tenía problemas para controlar la eyaculación?, ¿en qué posiciones?, ¿cuándo?, ¿con quién?, ¿notaba diferencia al variar de posiciones o con la masturbación?, ¿obtenía el orgasmo?

Mujeres: ¿lubricaba al acariciar o al ser acariciada?, ¿obtenía el orgasmo?, ¿con qué frecuencia?, ¿en qué situaciones?, ¿cuáles eran sus reacciones una vez terminado el coito?, ¿se sentía relajada, tranquila, satisfecha?, ¿existía desasosiego, nerviosismo?

Ambos: frecuencia coital actual; satisfacción con esta frecuencia; ¿quién inicia las relaciones sexuales?, ¿cuál es la reacción del que no inicia ante el acercamiento?

Expresiones comportamentales de la sexualidad

Si el consultante se manifiesta heterosexual: ¿ha tenido contactos sexuales con personas de su mismo sexo?, ¿hasta qué grado de intimidad?, ¿ha tenido lazos afectivos con personas de su mismo sexo?, ¿cuál es su vivencia sobre estos aspectos?, ¿qué opina de la sexualidad?

Si el consultante se manifiesta homosexual: ¿ha tenido contactos sexuales con personas del otro sexo?, ¿hasta qué grado de intimidad?, ¿ha tenido lazos afectivos con personas del otro sexo?, ¿cuál es su vivencia sobre estos sucesos?, ¿qué opina de la heterosexualidad?

Siempre. ¿Ha tenido contacto sexual con animales?, ¿con cuáles?, ¿a qué edad? ¿hasta qué punto?, ¿lo sigue practicando?, ¿cuál es su percepción de esta práctica?

Con preguntas de este tipo pueden explorarse escoptofilia, frotismo, fetichismo relaciones sexuales extrapareja, estableciendo con claridad las diferencias de percepción y sensación del desempeño sexual en las diversas circunstancias y con los diferentes compañeros(as).

En estas áreas es muy útil el **expresiograma**.

Disfunciones. Percepción del inicio; causas a las que se atribuyen; efectos percibidos sobre el consultante y su relación de pareja.

Fase de estímulo sexual eficaz. ¿se define así mismo(a) como “ardiente” o “tranquilo”?, ¿se sorprende respondiendo ante estímulos eróticos?, ¿qué estímulos?, ¿se entusiasma con la idea de tener relaciones sexuales?

Fase vasocongestiva. Una vez que ha respondido a un estímulo sexual afectivo, cualquiera que sea, ¿se excita?, ¿cómo percibe la excitación?

Mujeres: ¿percibe la lubricación?

Varones: ¿hay erección?

Ambos: ¿perciben cambios en la frecuencia respiratoria?, ¿perciben cambios en la temperatura corporal?, ¿persiste la excitación y se incrementa?, ¿se pierde la excitación?, ¿cuándo?, ¿en qué circunstancias? ¿cuál es la percepción de sensaciones si esto sucede?, ¿cómo son sus movimientos pélvicos?, ¿se incrementa la velocidad de los movimientos pélvicos voluntarios o involuntarios?, ¿percibe incremento en la tensión muscular y sexual?, ¿cómo?, ¿percibe la inminencia del orgasmo?; aunque subsista la estimulación ¿pierde de la excitación?, ¿cómo es la sensación? ¿tiene la sensación que aunque la estimulación continúe, hay un punto del que no puede “pasar” y dónde se queda? ¿siente que la estimulación es suspendida cuando aún desea seguir siendo estimulado?

Varones: ¿eyacula?, ¿cuándo?, ¿cuál es su percepción del tiempo que tarda en eyacular?, ¿se le dificulta eyacular?, ¿cuándo?

Ambos: ¿hay molestia, ardor, dolor si hay penetración?, ¿en qué momento aparece?, ¿a qué lo atribuye?, ¿con qué frecuencia se presenta?, ¿ha utilizado algún medicamento para ayudarse?, ¿cuál?, ¿se ha logrado la penetración?, ¿cuál ha sido la sensación?, ¿ha habido introducción de dedos?, ¿cuántos?, ¿hasta dónde?

Mujeres: ¿cuál es su experiencia durante la exploración ginecológica?

Todas estas preguntas servirán para diagnosticar eyacuación precoz e impotencia eyaculatoria, disfunciones de esta fase en el varón, y establecer naturaleza de éstas: situacional o selectiva, primaria o ambas. Y en la mujer, incremento de la fase de meseta, que indicaría preorgasmia. Decremento de la fase de excitación, dispareunia, vaginismo o ambos.

Fase mioclónica. La exploración de la obtención del orgasmo es sumamente delicada, ya que, por un parte, sus componentes, el fisiológico, que consiste en contracciones musculares involuntarias cada ocho décimas de segundo, y el subjetivo placentero, son fenómenos diferenciales y susceptibles de existir separada y conjuntamente; por lo que es importantísimo definir la falta alguno o el consultante no registra conscientemente su presencia.

Se ha demostrado que la intensidad apreciada (por medio de pletismógrafos) de las contracciones orgásmicas no guarda relación directa de la intensidad del placer informado. Eso indica que estamos ante dos fenómenos diferentes.

Ante consultantes que poseen poca capacidad de interpretación y verbalización, las preguntas en este punto deberán evitarse a menos que sea absolutamente necesario; pero para aquellos a quienes es fácil expresarlo, deberemos pedir la versión espontánea, propia y personal de lo que sucede en esta etapa en sus cuerpos y con sus sensaciones.

En las personas que digan “es que no sé lo que es un orgasmo” o que manifiesten que “no llegan”, o dicen “se que hay algo más, pero siempre me quedo antes en un punto”, podremos “guiarlas”, describiendo generalmente las condiciones del orgasmo, del incremento de la tensión sexual, de su liberación, hablarles de lo que acontece una vez que la liberación se produce, de la relajación muscular que sigue a esta liberación y a las diferentes sensaciones que pueden presentarse.

Con lo que ellos expresen, podrá precisarse de qué caso se ocupa: si es anorgasmia o preorgasmia; si hay contracciones mioclónicas y no la sensación subjetiva placentera; y más todavía, pueden existir ambas situaciones y el consultante quejarse de que no las tiene, ya que está obsesionado por lo que cree debe ser el orgasmo, por la información

inadecuada que ha recibido, de la sublimación y mitificación de la sensación orgásmica difundida por los textos “científicos” que proliferan en la actualidad.

Así pues, con el análisis cuidadoso de lo expresado por el consultante, de sus vivencias, percepciones y sensaciones, se podrá definir su situación, cuál es la meta terapéutica y cuáles son las estrategias más adecuadas para esta situación específica.

Es muy importante en esta exploración que el consultante manifieste, ya sea espontáneamente o a consecuencia de las preguntas, si durante el ciclo de respuesta sexual, piensa, analiza y se observa a sí mismo en su desempeño, o utiliza fantasías para aumentar el placer. Por lo que siempre adentraremos a investigar además de sensaciones, vivencias y percepciones, la presencia de pensamientos, ideas fugaces que los hacen “perder la inspiración”, situaciones externas que se presentan inoportunamente o la existencia de fantasías placenteras o no durante la respuesta sexual.

Explorar la situación subsiguiente al cese de la estimulación, conducirá a obtener lo que sucede en la etapa de resolución, y por sus características se podrá descartar o confirmar decremento de la fase mioclónica en etapa de orgasmo en cualquiera de sus dos componentes.

Después de suspendida la estimulación, ¿obtiene relajación, tranquilidad y bienestar? O por el contrario, ¿persiste una sensación de inquietud, nerviosismo o insatisfacción?

¿Qué hace cuando se suspende la estimulación?; ¿se duerme de inmediato? Si esta con su compañero sexual, ¿qué sentimientos guarda hacia él?, ¿se duerme inmediatamente?, ¿plática?, ¿hay más caricias?, ¿qué le gustaría que sucediera en esos momentos?, ¿cuánto tiempo tarda en volver a tener deseos de estimularse o ser estimulado sexualmente?, ¿tiene varios ciclos de respuesta sexual en una misma sesión?, ¿le gustaría tenerlos?

Hasta aquí, se ha explorado y observado al consultante de manera individual, habrá que pues que indagar en la historia sexual lo que sucede son su pareja actual, para poder establecer las características de la o las disfunciones a nivel secundario o primario y dentro de éste, si son de tipo selectivo o situacional.

Se puede seguir usando el esquema de clasificación de disfunciones como se ha hecho hasta ahora, pero abarcando la situación de la interacción de la pareja, diferenciando la situación existente al inicio de la relación y la que predomina en la actualidad.

Con el mismo cuestionario, pero ahora enfocado al inicio de la relación y al momento actual, puede explorarse la situación de los miembros de la pareja: esto dará mayor riqueza y amplitud al diagnóstico.

Estímulo sexual efectivo. ¿Es el compañero capaz de despertar deseos sexuales con su presencia, caricias, palabras, actitudes?, ¿es su manera de indicar que desea una relación sexual lo que hace responder en sentido afirmativo?, ¿imaginar o recordar situaciones eróticas con su pareja le produce excitación?, ¿con qué frecuencia desea las relaciones sexuales con su pareja?; ¿cómo contestaría su compañero estas preguntas?

Excitación:

Mujeres: con caricias de pareja ¿hay lubricación vaginal?

Varones: con caricias de su pareja ¿hay erección?, ¿hay erección durante la masturbación?

Ambos: ¿aumenta la excitación?, ¿permanece igual?, ¿se pierde?, ¿en qué momento?, ¿por qué?, ¿con qué frecuencia?

Varones: ¿ha faltado la erección?, ¿cuándo?

Ambos: ¿ha habido dolor durante la penetración?, ¿se ha logrado la penetración?

Meseta:

Varones: ¿sobreviene la eyaculación antes de penetrar?, ¿sobreviene la eyaculación inmediatamente después de penetrar?, ¿más o menos en cuántos movimientos pélvicos?, ¿alcanza el orgasmo su compañero?, ¿con qué frecuencia?, ¿tiene dificultad para eyacular?, ¿con qué frecuencia?, ¿desde cuándo?, ¿hay dificultad para eyacular durante la penetración?, ¿durante la masturbación?, ¿con el fellatio?

Mujeres: ¿alcanza su orgasmo antes de que el compañero eyacule?, ¿alcanza el orgasmo por manipulación, caricias o ambas después de que su pareja eyacula?, ¿lo alcanza por masturbación?, ¿siente que está a punto de lograr el orgasmo cuando su compañero eyacula y se pierde la sensibilidad?, ¿cree que la sensibilidad desaparece aunque la estimulación continúe?, ¿pierde en algún momento interés en lo que esta haciendo o sucediendo?, ¿en qué momento?

Ambos: ¿se entrega por completo o está observando su sensación, su desempeño?, ¿qué pensamiento tiene durante la relación sexual?, ¿fantasías?

Orgasmo y resolución:

La misma validez que para la exploración de la función orgásmica y la resolución a nivel individual, la de no establecer preguntas rígidas, la tiene aquí el mismo sistema, excepto que ahora se estudió la dimensión dual de una pareja.

Una vez obtenida la información que permita conocer por completo el desarrollo y evolución sexual del consultante, habrá que estructurar y sistematizar la presentación del expediente, de modo que refleje al máximo la realidad, con las expresiones vertidas, entrecomillando sin obviar, párrafos completos que sean representativos del sentimiento, expresividad o emotividad o de la falta de los mismos. Nunca una redacción fría y sistematizada podrá expresar lo que el consultante dice con sus palabras y sentir propios.

El análisis de estos datos lleva al diagnóstico integral y diferencial; percibir sutilezas de matiz que pueden hacer que la situación sea una u otra y que a la luz de los conceptos y condiciones definidos en capítulos anteriores harán que las conclusiones logradas, tengan un mínimo margen de error.

La revisión de la historia clínica completa, con las pruebas sexológicas, permitirá determinar las metas terapéuticas y estrategias a seguir.

Se habrán empleado muchas horas, durante las cuales se mantuvo atención constante y una observación muy fina para ofrecer al consultante un esquema flexible y el tratamiento indicado. Durante este proceso, y aunque no se tengan bases para dudar de la veracidad del consultante, ¿por qué no?, un poco de escepticismo sano, será el indicador de alerta que lleve en ocasiones a preguntar con insistencia, sutileza y suavidad los puntos que hayan llamado la atención.

Por más que se afinen se pulan y enriquezcan los procedimientos, estrategias y técnicas de entrevista, y se descubran puntos nuevos en los consultantes, existirá la sensación de que puede desarrollarse aún más el método de trabajo que habrá de aplicarse en la siguiente entrevista.

Hasta aquí se han ofrecido sugerencias de estructuración, sistematización, cuestionarios, preguntas entre otras con lo que de ninguna manera se quiere establecer que hay que dejar de lado la flexibilidad al momento de estar interactuando con el consultante, y que la espontaneidad y creatividad, aunados a la sensibilidad con la que se perciben, siguen siendo los mejores elementos para trabajar, producir y dar.

IV. Área de la pareja

Antecedentes de la dinámica de la pareja

En el capítulo correspondiente a causas se hizo referencia a los problemas en la relación de la pareja que podían ser el origen de disfunciones y se señalaron diversos mecanismos que podían originar esta situación. La historia de la dinámica de la pareja busca descartar o establecer cuáles de los mecanismos y situaciones mencionadas estarán presentes y cómo en la o las disfunciones que motivan la consulta.

Es obvio que para obtener datos para la historia, ésta también deberá hacerse individualmente en cada miembro de la pareja y, al igual que en la historia sexológica, debe asegurarse y respetarse la absoluta confidencialidad de la información.

En primer lugar, debe obtenerse información sobre la primera vez que se conocieron, las circunstancias y los factores de atracción. Se debe obtener con el mayor detalle posible los factores de atracción física e intelectual que se dieron, en qué momento, basados en qué y en las razones a que las atribuye esta atracción. Por ejemplo: “me atrajo especialmente por tener ojos muy grandes”. Pregunta: “¿a qué atribuyes que te gustaron tanto los ojos grandes”? Respuesta: “toda la familia de mi madre tiene ojos muy grandes y yo no lo heredé”.

También deberá interrogarse en detalle el nivel de atracción afectiva, cuándo surgió, cómo se manifestó, si fue simultáneo y a qué atribuye que se haya dado en él. Después, se explora si se dio el estado de limeranza y con qué características.

Una vez exploradas estas áreas en el entrevistado se interrogará nuevamente sobre las mismas, pero pidiéndole que las responda cómo piensa que las vivió o sintió el compañero.

A continuación, se busca el relato circunstancial y afectivo (cómo fue y qué sentía) de la decisión de constituirse como pareja (casarse, vivir juntos). De nuevo aquí, será importante el informe de cómo piensa el entrevistado que vivió y sintió su pareja esta situación.

Para todas las etapas anteriores se solicitará del entrevistado que refiera los momentos más agradables y significativos, así como los problemas y dificultades que recuerde hayan surgido y la forma cómo se relacionaron, por él sólo o por acción conjunta.

Como se señaló, conforme pasa el tiempo y una vez establecida la convivencia, surgen modificaciones en cada uno y en la relación. El relato debe ser lo más detallado posible de este cambio y de las razones que, en opinión del entrevistado, fueron causa del mismo. ¿Siente que él es responsable o atribuye el cambio al otro miembro de la pareja? Habrá que conocer si estos cambios se dieron suavemente y sin crear conflictos o si los hubo, ¿cómo fueron?, ¿cómo se expresaron?, ¿cómo se resolvieron? Si así fue, entonces se encuentra qué factores fueron motivo de atracción en un principio y ahora pueden convertirse en motivo de insatisfacción o disgusto.

Será muy importante explorar el tipo de relación que lleva la pareja con las familias de ambos, si predomina el acercamiento con una, ¿por qué?, ¿cuáles son las obligaciones y demandas que establece cada familia?, ¿existen relaciones entre ambas familias?, ¿cuál es el comportamiento de la pareja en fechas especiales como Navidad y Año Nuevo?, ¿se siente el entrevistado aceptado por la familia de su pareja?, ¿siente que está cumpliendo

con las demandas de su propia familia o las está defraudando? Con esta y otras preguntas pertinentes podrá determinarse hasta qué grado se ha logrado romper los lazos simbióticos ya mencionados, así como el nivel de conflicto que entraña en la pareja.

A continuación debe solicitarse al entrevistado que haga un relato de la vida cotidiana con su pareja, señalando la distribución de las responsabilidades que cada uno tiene (papeles sexuales), así como las actividades que realizan independientemente y las que comparten. Lo mismo respecto a intereses y gustos.

De la misma manera, se le solicita que informe sobre aspectos físicos que le atraen de su pareja, al igual que los que disgustan. Se pregunta acerca de los temas sobre los cuales charlan y de las actividades que realizan juntos y si estas últimas les son satisfactorias. También hay que preguntar sobre la naturaleza del sentimiento que en el consultante prevalece hacia su pareja (amor, cariño, amistad, y entre otros). En esencia, que le gusta y que le disgusta de su pareja. También se le pedirá que diga cuáles son sus aspectos físicos que piensa le gustan a su pareja y cuáles le disgustan, si piensa que los temas sobre los que charlan le agradan a su pareja y lo mismo respecto a las actividades que realizan. En esta sección se le solicita que hable sobre el sentimiento que (según su opinión) prevalece en su pareja, naturalmente tratando de no omitir ninguna de las tres áreas física, intelectual y afectiva.

También debe pedirse al entrevistado que diga qué cambios en él y su pareja considera que podrían ayudar a resolver los conflictos existentes.

Un aspecto que no debe olvidarse son los hijos, si los tienen. Explorar las actitudes y los conflictos que la pareja sienta en función de ellos, son muy importantes. ¿Qué desea el consultante para sus hijos?, ¿desea lo mismo para los de un sexo que para los de el otro?, ¿cómo piensa que lo ve cada uno de sus hijos?, ¿cómo piensa que ven al compañero?, ¿cuál es el papel que tienen en el conflicto? En las parejas sin hijos habrá que preguntar si se quiere tenerlos por parte de ambos o sólo uno, las razones que cada uno tiene para desearlos o no y los planes que se tienen para el futuro tanto de la pareja como de los hijos.

Los elementos mencionados podrán dar una idea más clara de los factores de atracción iniciales y del grado de comunicación, empatía, respeto e independencia que existió en las parejas. Se habrá explorado la evolución de la relación y las modificaciones que cada uno de los factores ha sufrido con el tiempo.

Una buena exploración de la dinámica de la pareja deberá contemplar aspectos referentes a la existencia de otros conflictos. La historia psíquica permite determinar la orientación y el carácter de cada uno de los componentes de la diada. Ahora, será importante correlacionar con el fin de observar posibles fuentes de conflicto en las diferencias de carácter. También debe valorarse cuidadosamente la ansiedad en uno o ambos, ¿cuáles son las fuentes?, ¿en qué situaciones se manifiesta?, ¿cómo se expresa y se maneja? Si se usan mecanismos de defensa inconscientes debe recordarse que en la relación de pareja predominan dos mecanismos: el desplazamiento y la proyección (capítulo de Causas psicológicas), aunque puede encontrarse cualquiera de los mencionados.

También es importante buscar datos de comportamientos o sentimientos agresivos en uno o ambos. En caso de existir, debe investigarse su origen y su posible influencia como desencadenantes del problema sexual. Asimismo, deben buscarse evidencias de enojo o resentimiento, ¿qué lo provoca?, ¿cómo se manifiesta? Si hay rechazo por parte de alguno de los dos habrá que investigar los factores que lo motivan y cómo se expresan.

Al interrogar previamente respecto a la vida cotidiana es posible que se detecte una falta de refuerzo y participación en las responsabilidades y actividades; sin embargo, esto se enfatiza por la importancia especial que tiene en nuestro medio.

Por último, no debe olvidarse buscar un conflicto de poder en la pareja, ¿quiere alguno dominar al otro?; si es así, valorar en qué forma lo hace y cuáles son las respuestas o defensas que utiliza el otro. No debe olvidarse la situación financiera de la pareja, cómo se maneja el presupuesto, quién aporta, en qué proporción y en qué medida esto causa conflictos o desavenencias.

Una vez que se ha determinado la dinámica de la relación de la pareja y los conflictos que en ella se dan, se notará la dificultad que suele presentarse para determinar con precisión si los problemas sexuales de la pareja se originan en los conflictos o, por el contrario, son estos últimos las causas directas de la disfunción sexual. En este caso, el análisis cuidadoso de la información reunida, permitirá seleccionar el enfoque terapéutico más adecuado.

Una última observación respecto al miembro resistente de la pareja. A veces, uno de los dos consulta y se advierte la necesidad de valorar también al otro para analizar integralmente la terapia, pero el otro se resiste a acudir. Ante tal situación suele proporcionarse literatura al consultante para que la haga llegar a su compañero con la esperanza de que disipe algunas dudas y temores, y decida acudir; en caso de no hacerlo, podría ser útil llamarlo y explicarle que su pareja ha consultado por un problema y se necesita que proporcione información para poder ayudar mejor al consultante. Es excepcional el caso en el que un llamado como éste no surta efecto. Si se logra que acuda, se intenta despejar la ansiedad, comunicar empatía y, por medio de la técnica mencionada en la sesión de entrevista psiquiátrica, tratará de obtenerse su colaboración. Cuando la invitación no se entiende, es indicio de un fuerte deterioro en la relación; en tal caso se realiza el estudio completo del consultante para determinar (con la información de él) los posibles caminos a seguir.

Una vez reunida toda la información, se procede al análisis cuidadoso para determinar las metas y estrategias terapéuticas indicadas. Estos pasos serán el tema y motivo de los capítulos subsecuentes.

11 Fases previas al proceso terapéutico

Aspectos generales

Al terminar la base de obtención y sistematización de la información, se habrá logrado el o los diagnósticos descriptivos o teológicos, además de una imagen biográfica clara de los componentes de la díada, de los antecedentes de la relación y de su estado actual. Antes de iniciar una terapia son fundamentales algunos pasos intermedios. El presente capítulo los aborda en la inteligencia de que por medio de ellos se garantizará la mejor atención posible para los consultantes.

Determinación de las metas terapéuticas

Nivel individual

En primer lugar, se debe definir con claridad el tipo de disfunción: si es única o mixta, original o consecuencia de otra, cuáles son las fases de la respuesta sexual afectadas, si su alteración va en aumento o en decremento, si es primaria o secundaria, si es selectiva, situacional o ambas, si es fisiológica o psíquica. Al contestar estas preguntas se tendrá un perfil fisiológico de la disfunción que, junto con el resto de la información, permitirá un trabajo clínico fructífero.

Si se ha realizado un buen estudio clínico integral, al ordenarlo y analizarlo se encontrará un número variable, pero suficiente, de datos clínicos. Algunos serán importantes para la disfunción o problema sexual y otros no. Aquéllos que no lo sean, podrán descartarse no sin antes valorar si requieren atención; si así fuera, se toman las medidas pertinen-

tes considerando, en primer lugar, el bienestar y la salud del consultante. Es decir, si en la exploración física se detecta una arritmia o soplo cardiaco, por supuesto, se referirá el caso a un cardiólogo y se valora la conveniencia continuar con la terapia para la disfunción o diferirla dependiendo de las circunstancias.

Los datos clínicos importantes deben ordenarse bajo un método específico y asignarles una jerarquía para elaborar la estrategia terapéutica.

En segundo lugar, se hace referencia al posible hallazgo de un **problema biológico** como causa de la disfunción. Si éste es de naturaleza patológica debe **instituirse el tratamiento adecuado**, cuando se esté capacitado para ello, o bien referir con el especialista correspondiente. Si a pesar del tratamiento la disfunción no se corrige, el objetivo, desde el punto de vista del funcionamiento sexual, es **adaptar** al individuo de acuerdo a la nueva situación y colaborar con el tratamiento básico. Por ejemplo, el caso de un individuo incompetente eréctil o una mujer anorgásmica en quienes se detecta diabetes y ésta es la causa de las disfunciones.

Si el problema biológico es natural, como en ancianos o posmenopáusicas, el objetivo es **adaptar** a las personas ante su nueva fisiología. En el caso de la mujer posmenopáusica pudiera estar indicado el reemplazo hormonal con estrógenos, el cual debe hacerse con la debida evaluación ginecológica.

Cuando el problema se debe a secuelas quirúrgicas, se determina si es reversible, en cuyo caso se intenta la referencia, o sino lo fuera, la **rehabilitación**.

Al tratarse de un problema de naturaleza iatrogénica por drogas o fármacos, se debe **descontinuarlos** o **sustituirlos**, con la anuencia y supervisión del médico que los haya prescrito.

Como se ha dicho, es difícil en la práctica clínica encontrar un solo factor causal, por lo que se deben reunir los datos clínicos, correlacionarlos y jerarquizarlos en un esquema secuencial, que desembocará en la difusión como si se tratara de un diagrama de flujo parecido a los que se utilizan en la industria y la administración.

Al continuar con el análisis de los datos individuales es posible encontrar datos de psicosis o neurosis grave; aun cuando ésta sea factor causal de la disfunción o no, lo pertinente es establecer la meta de un **tratamiento idóneo por parte de un especialista**; lo mismo que en el caso de una depresión grave.

Cuando el estudio clínico indique que la orientación del carácter del individuo interviene en forma importante en la disfunción, la meta consiste en resaltar las orientaciones productivas de su carácter y minimizar las negativas mediante la **psicoterapia**. Ésta será la meta ideal, puesto que ninguna terapia podrá modificar o cambiar el carácter. Si lo que se determina es ansiedad, sin importar cuál sea la manifestación, la meta es **erradicarla** o **disminuirla**.

En caso de haber encontrado, a través del estudio clínico integral, que las actitudes del consultante ante su sexualidad y sus conocimientos –deficientes o erróneos– son causa de la disfunción, la meta terapéutica es **educar** enfatizando en aspectos cognitivos y afectivos.

Por último, considerando el nivel individual del diagnóstico y establecimiento de metas, se volverá al primer punto tratado, es decir, definida la disfunción, la meta es **restablecer la funcionalidad de la fase o las fases de la respuesta sexual afectadas**. Así, las metas en este aspecto podrán ser, por ejemplo: que se produzcan erecciones, incrementar la fase de meseta, que la persona logre la percepción subjetiva del orgasmo y acortar la fase de meseta.

Una vez realizado este análisis, se hace una investigación similar en la dimensión de la pareja.

Nivel de la pareja

Como ya mencionó, los problemas de la pareja podrán analizarse también basándose en el cuadro propuesto a partir del cual se establecen las metas terapéuticas de la pareja.

Acerca de la atracción, si está disminuida la atracción física, intelectual o afectiva, el objetivo de la terapia es mejorar los niveles de atracción respectivos.

Los problemas en el área de la relación pueden afectar en cuatro niveles: comunicación, empatía, respeto e independencia. Las metas terapéuticas serán respectivamente: **mejorar la comunicación, incrementar la empatía, reforzar el respeto y aumentar la independencia.**

Por último, de acuerdo a este esquema, se valora la respuesta sexual y sus fases en función de la pareja, para determinar las **modificaciones en la respuesta sexual de cada componente de la díada.** Por ejemplo, si el estudio clínico reveló en el varón una meseta muy breve, la meta individual para él será **incrementar la duración de la fase de meseta**, pero hay que considerar a la pareja, es decir, se establecerá que **ella debe acortar su fase de meseta.**

En el análisis de los datos clínicos a nivel de pareja, se investiga si hay problemas específicos como enojo y resentimiento, agresión o violencia, rechazo, falta de participación, lucha de poder. En el caso de encontrarlos, se establecen metas terapéuticas adicionales como: **minimizar el enojo, suspender la agresión o violencia, evitar el rechazo, incrementar la participación, establecer niveles de decisión conjunta.**

La evaluación de los aspectos anteriores se puede sistematizar y simplificar utilizando un formato como el que se muestra en el cuadro 11-1, donde en una lista de verificación se marcan los problemas detectados y las metas terapéuticas en general. Es evidente que tanto la información del cuadro 11-1 como la de la lista de metas que se incluye en el cuadro 11-2, no pueden ser exhaustivas, pero pueden servir como guía básica para analizar y

Cuadro 11-1. Esquema para el análisis y determinación de metas terapéuticas

I. Individual	
1.1 Descriptivo	
1.1.1 Persona 1 (0)	Meta
1.1.2 Persona 2 (0)	Meta
1.2 Área biológica	
1.2.1 Patológica. Naturaleza	Meta
1.2.2 Quirúrgica. Naturaleza	Meta
1.2.3 Droga o médica. Naturaleza	Meta
1.2.4 Natural. Naturaleza	Meta
1.3 Área psíquica	
1.3.1 Psicosis o neurosis	Meta
1.3.2 Carácter. Naturaleza	Meta
1.3.3 Ansiedad. Naturaleza	Meta
1.3.4 Mecanismo de defensa. Naturaleza	Meta

Cuadro 11-1. Esquema para el análisis y determinación de metas terapéuticas (continuación)

1.4 Área psíquica	
1.4.1 Educación (cognitiva)	Meta
1.4.2 Educación (afectiva)	Meta
1.4.3 Económica	Meta
II. Pareja	
2.1 Área atracción	
2.1.1 Física	Objetivo
2.1.2 Intelectual	Objetivo
2.1.3 Afectiva	Objetivo
2.2 Área relación	
2.2.1 Comunicación	Objetivo
2.2.2 Empatía	Objetivo
2.2.3 Respeto	Objetivo
2.2.4 Independencia	Objetivo
2.3 Otras	
2.3.1 Enojo o resentimiento	Objetivo
2.3.2 Agresión o violencia	Objetivo
2.3.3 Rechazo	Objetivo
2.3.4 Poca participación	Objetivo
2.3.5 Lucha de poder	Objetivo
2.4 Respuesta sexual	
2.4.1 (Persona 1)	
2.4.1.1 ESE	Objetivo
2.4.1.2 EXC	Objetivo
2.4.1.3 MES	Objetivo
2.4.1.4 ORG	Objetivo
2.4.1.5 RESOL	Objetivo
2.4.1.6 REFR	Objetivo
2.4.2 (Persona 2)	
2.4.2.1 ESE	Objetivo
2.4.2.2 EXC	Objetivo
2.4.2.3 MES	Objetivo
2.4.2.4 ORG	Objetivo
2.4.2.5 RESOL	Objetivo
2.4.2.6 REFR	Objetivo

Cuadro 11-2. Lista mínima de metas

Tratamiento médico
Tratamiento quirúrgico
Suspender o cambiar fármacos
Rehabilitar
Referir con especialista
Psicoterapia
Disminuir ansiedad
Educar (cognitivo, afectivo y operacional)
Modificar respuesta sexual
Mejorar atracción física
Mejorar atracción intelectual
Mejorar atracción afectiva
Mejorar la comunicación
Incrementar la empatía
Reforzar el respeto
Incrementar la independencia
Minimizar el enojo o resentimiento
Suspender la agresión o violencia
Disminuir el rechazo
Incrementar la participación
Establecer niveles de decisión conjunta
Incremento o disminución de cada una de las frases

determinar metas terapéuticas para tratar a una persona o pareja. Es importante recalcar que este grado de simplificación sólo puede lograrse después de un extenso y profundo estudio clínico como el descrito en el capítulo de diagnóstico; no trata de marcar y llevar a la ligera un trámite burocrático, más bien pudiera considerarse como la expresión resumida de un serio y cuidadoso estudio, cuya utilidad consiste en ayudar a priorizar metas a la vez que evaluar y seleccionar estrategias terapéuticas.

Selección de las estrategias terapéuticas

Una vez determinadas las metas, deben seleccionarse los métodos mediante los cuales se lograrán. Ya no es posible la simplificación, sino que se debe conocerlas bien, estar familiarizado con su aplicación y conocer sus indicaciones y limitaciones. Nunca está por demás enfatizar la importancia que tienen la selección adecuada de una técnica, puesto que en ocasiones constituye el factor crucial para el éxito o fracaso terapéutico.

En la selección intervienen, además de los factores mencionados, los elementos de los antecedentes, causas, personalidad y dinámica del individuo y la pareja. Será necesario valorar cada elemento y la probable influencia que sobre el desarrollo terapéutico tenga. Claro que nunca podrán predecirse íntegramente los sucesos y las interacciones terapéuticas, pero mientras más cuidadosa sea la evaluación, menor será la probabilidad de errores o complicaciones durante la terapia. Para la selección se cuenta con una diversidad de posibilidades, métodos, técnicas y recursos que se revisan en los capítulos subsecuentes.

Una vez que se han determinado los métodos indicados para lograr los objetivos, es necesario ordenarlos y jerarquizarlos.

Planeación de la estrategia

Hasta aquí ya se han determinado los problemas, establecido los objetivos terapéuticos y seleccionado las técnicas o métodos que darán mejores resultados. En esta fase de planeación puede haber diversos objetivos y técnicas que no podrán aplicarse de manera simultánea. Se tendrá entonces que ordenarlos y jerarquizarlos para establecer un orden y una secuencia terapéuticos. Estos métodos y técnicas jerarquizados y secuenciados constituyen la estrategia terapéutica.

Este método para la estrategia terapéutica es especialmente importante, puesto que, como puede verse, cada consultante o pareja recibe el diseño de una estrategia específica e individual, de alguna manera “hecha a la medida” de su disfunción o problema. Esta concepción surge de una visión y filosofía eclécticas, en contraposición al enfoque de algunos terapeutas sexuales, quienes para cada disfunción establecen programas rígidos. Éste es el caso de algunos textos que circulan y mantienen una visión reduccionista e incompleta. Simplemente, si se revisa el cúmulo de datos y dinámica que proporciona el estudio clínico, podrá valorarse lo poco adecuado que resultaría seguir un método rígido, como receta de cocina, para cada individuo o pareja.

La determinación de la estrategia terapéutica, siguiendo los pasos mencionados, permite definir los objetivos principales y el orden en que deberá realizarse la intervención terapéutica. Por ejemplo: supóngase que el cuadro revela en el varón (1.1.1) una disfunción en decremento en la fase de meseta, es decir, eyaculación precoz, discontrol eyaculatorio, y en ella (1.1.2) disfunción en decremento de la fase de excitación, esto es, hipolubricación que provoca dispareunia y apatía. Descartados problemas biológicos, se manifiesta ansiedad en ambos (1.3.3) y hay información deficiente sobre sexualidad en uno y otro (1.4.1) y falta de aceptación de la sexualidad como fuente de placer en ella (1.4.2), manifestada, entre otras actitudes, con vergüenza e incomodidad ante la desnudez de su compañero. En el área de la empatía (2.2.2) y respeto (2.2.3), al estar presentes, provocan en ella enojo o resentimiento (2.3.1) y en ambos rechazo (2.2.3). Esta situación lo ha llevado a él a un estado depresivo acentuado (1.3.3) (ver caso No. 8). Ordenando la información del cuadro, se establecen los objetivos como se muestra a continuación.

Problema-meta

- 1.1.1 Disfunción de la fase de meseta en decremento (eyaculación precoz): **incrementar meseta.**
- 1.1.2 Disfunción de la fase de excitación en decremento (hipolubricación que provoca dispareunia): **aumentar lubricación**

- 1.1.3 Ansiedad, resentimiento, temor al daño: **evitar la ansiedad y propiciar el acercamiento. Disminuir el resentimiento. Aminorar el temor al daño.** Depresión: **tratar el estado depresivo.**
- 1.1.4 Educación (cognitiva): **dar información básica sobre sexualidad.**
- 1.1.1 Comunicación: **incrementar la comunicación.**
- 1.1.2 Empatía: **incrementar la empatía.**
- 1.1.3 Respeto: **incrementar el respeto.**
- 1.1.1 Resentimiento: **disminuir el resentimiento.**
- 1.1.2 Rechazo: **evitar el rechazo mutuo. Propiciar el acercamiento.**
- 1.4.2 Educación (afectiva): **modificar actitudes, sexualidad y desnudez naturales.**

A continuación se determinan los métodos para lograr cada uno de los objetivos.

Los objetivos de los problemas 1.1.1 y 1.1.2 se resolverán mediante las experiencias sexuales estructuradas para ambos; los del problema 1.3.3 se lograrán mediante experiencias sexuales estructuradas (M y H), terapia de pareja (M y H), antidepresivos tricíclicos (H) y sensibilización táctil (H). Los del problema 1.4.2 se lograrán mediante clases (M y H), desensibilización (M). Relajación (M y H) y sensibilización (M).

Los de los problemas 2.2.1, 2.22, 2.23, 2.3.1, 2.3.3 se alcanzarán mediante la terapia a la pareja (M y H).

Si se listaran los métodos podrán ordenarse y jerarquizarse; continuando con el ejemplo:

- A** Clases y lecturas con ambos a la vez.
- A'** Se instituye el tratamiento farmacológico antidepresivo a él; después
- B** se inicia terapia de pareja y cuando haya disminuido el resentimiento, evita-
do el rechazo y propiciado el acercamiento.
- C** Se inician técnicas de relajación en ambos para después
- D** trabajar con técnicas de sensibilización táctil, para que él mejore sus caricias,
y ella acepte la desnudez y sensibilización para incrementar su capacidad de
respuesta ante estímulos.
- E** Por último, se inicia un programa de experiencias sexuales estructuradas con
ambos.

De esta manera, se establece la estrategia terapéutica para esta pareja en forma similar. Citando a Claudio Bernard: “no hay enfermedad, sino enfermos”, aquí diríamos, no hay enfermedad sino personas y parejas. La medicina humanística plantea la necesidad de valorar al individuo, a la persona, y un enfoque terapéutico como el enunciado es eminentemente humanista.

Una vez planteada la estrategia terapéutica tendrá que cumplirse una fase más antes de iniciar el tratamiento: la evaluación de la factibilidad terapéutica.

Evaluación de la factibilidad terapéutica

El terapeuta responsable, después de haber determinado los métodos y las técnicas mediante las que se lograrán los objetivos y, por tanto, se solucionaran los problemas, deberá proceder a evaluar qué tan factible es la estrategia que diseñó. Este análisis debe hacerse en función de tres variables:

a) **Calificación personal y profesional.** Al referirnos a calificación personal, se habla principalmente de lo mencionado en la historia clínica sexual acerca de la aceptación de la sexualidad. Sin duda, uno de los requisitos fundamentales que debe tener la persona que desea ayudar terapéuticamente en forma profesional a otros, es tener amplio conocimiento y aceptación de su propia sexualidad y la de los demás. Cuando esta condición se ha establecido, el terapeuta podrá, en forma espontánea, transmitir a sus consultantes afectividad, calidez y empatía para que éstos sientan confianza, establezcan comunicación y tengan deseo de compartir sus sentimientos más íntimos. Jamás podrá evaluarse una sesión de experiencias sexuales estructuradas si los consultantes no sienten confianza para relatar detalladamente las caricias que practicaron y las reacciones que tuvieron. De la misma manera, nunca podrá un terapeuta conducir la terapia de una pareja de homosexuales o lesbianas si no comprende esta expresión de la sexualidad y es incapaz de proyectar un sentimiento de empatía hacia estos consultantes, aunque él sea heterosexual. Igual será el caso ante cualquier persona o pareja que tenga en su expresiograma áreas acentuadas que no correspondan a las del terapeuta. Es éste el primer nivel en el que cada terapeuta deberá evaluar factibilidad, contestando con honestidad personal: ¿tengo la suficiente aceptación de mi sexualidad y la de los demás como para ser empático, no valorativo y humanista en la atención de este caso?

El segundo aspecto es de naturaleza más técnica. Como se comentará hay muchos métodos y procedimientos para intentar resolver problemas o disfunciones sexuales. Según su formación profesional y experiencia clínica el terapeuta puede estar capacitado y tener suficiente práctica para usar varias técnicas. Habrá otras que nunca haya utilizado, desconozca, tenga poca experiencia o no le gusten.

La estrategia terapéutica establecerá qué métodos o técnicas tendrán que utilizarse y en qué orden. Éste será el momento en el que deberá evaluarse la factibilidad profesional para encargarse de la terapia. En el análisis de un caso puede ser que la estrategia plantee métodos y técnicas bien conocidas; en este caso, está perfectamente justificado iniciar el proceso terapéutico si también ha sido positiva la evaluación de factibilidad en las otras áreas. Puede suceder que esté capacitado profesionalmente para tratar las fases iniciales, no así las intermedias o finales; el reconocimiento de tal limitación conducirá al sexoterapeuta y a los consultantes a tomar una decisión conjunta. También puede suceder que, en algún caso, no puede utilizarse cualquiera de los métodos; ante esta situación, se debe referir a los consultantes habiendo discutido antes con ellos la situación. Una nota al margen respecto a esto último: las posibilidades de cubrir con habilidad y experiencia profesional un mayor número de técnicas y procedimientos se incrementan con el trabajo multidisciplinario, por esta razón, el autor es firme partidario de la organización del trabajo en una clínica para problemas sexuales y de la pareja, en la que participen diversos profesionales con diferentes formaciones y experiencias.

b) **Recursos físicos y de espacio.** Como se comenta más adelante, algunos métodos requieren condiciones físicas y de espacio especiales. Tal es el caso de las técnicas de relajación que necesitan de un sitio cómodo para acostarse en el suelo, aislado, sin ruidos, con música suave. Debe contarse con el espacio para una, dos o más personas si se trabaja con grupo de terapia. Si se decide la utilización de técnicas de desensi-

bilización o sensibilización visual, se necesitan transparencias, películas, videocasetes y de los aparatos correspondientes, además de un sitio adecuado para proyectarlas a la persona o al grupo. El caso es el mismo en cuanto a materiales didácticos, además del conocimiento de técnicas didácticas adecuadas, cuando se ha decidido que es necesario educar para proporcionar información o modificar actitudes. En este aspecto deben evaluarse los recursos físicos o de espacio para llevar a cabo las técnicas seleccionadas.

- c) **Disposición de los consultantes.** Cuando se haya determinado la estrategia terapéutica y evaluado la factibilidad personal, profesional y de recursos, deberá informarse con toda claridad a los consultantes para permitirles participar en la decisión de emprender la terapia. Los aspectos que deben comentárseles son: 1) los problemas encontrados, sin su interpretación profunda, para ampliar o aclarar en caso que lo deseen; 2) los objetivos terapéuticos, ya que ellos también deben de estar de acuerdo o incluso deseen agregar una o varias; 3) la estrategia terapéutica propuesta sin tecnicismo y que explique las actividades en general, y sobre todo lo que se espera de ellos; 4) el tiempo que puede durar la terapia y las posibilidades de éxito, considerando los factores que pueden mejorar o empeorar este pronóstico; 5) si uno o varios de los análisis de factibilidad han resultado negativos, explicar con ética profesional por qué los referimos, por qué sólo se enfrentará parte de la terapia o por qué se trabajará el caso con otros especialistas; 6) la necesidad de que los pacientes conozcan con claridad el costo y condiciones del tratamiento. Esto depende de la conciencia personal y social de cada terapeuta. Una vez comentado estos aspectos, se dará la última evaluación de factibilidad, la de los consultantes.

Cuando se han cumplido las fases revisadas en este capítulo y los consultantes han aceptado, se inicia el proceso terapéutico que podrá consistir en una o varias de las técnicas o procedimientos que se analizan en los capítulos siguientes.

Sección IV

Tratamiento

12 Métodos terapéuticos

Aspectos generales

En este capítulo se revisan los diferentes métodos y técnicas usados para el tratamiento de las disfunciones sexuales, analizando sus ventajas y desventajas, así como sus indicaciones y, cuando exista información al respecto, las evaluaciones sobre resultados. En primer lugar, se discute el formato de terapia. Masters y Johnson recomiendan la necesidad de una pareja heterosexual de terapeutas; Helen Kaplan prefiere al terapeuta único, y otros autores se inclinan por trabajar con un equipo multidisciplinario. Asimismo, se cuenta con formatos de terapia breve e intensiva de dos semanas y otros más prolongados. En cuanto al diseño de la estrategia terapéutica, en el capítulo anterior se esboza el punto de vista de los programas establecidos de antemano para cada disfunción, en contraposición a un programa específico para cada pareja o consultante.

En el capítulo 13 se analiza la educación como técnica terapéutica y se discuten procedimientos y métodos que intervienen en las áreas cognitivas, afectiva y operacional durante el proceso terapéutico.

Después, se revisan diversas técnicas y procedimientos conductuales desde experiencias sexuales estructuradas y técnicas de relajación, masaje e hipnosis, hasta el uso de expresiones gráficas de la sexualidad y aditamentos o accesorios.

En otra sección se mencionan técnicas terapéuticas a las que puede recurrirse para el tratamiento específico de situaciones especiales.

Se observó cómo la dimensión de los problemas de la pareja podía coadyuvar en forma importante en un problema sexual y el desarrollo de la terapia; por tanto, en una sección

se revisan las técnicas aplicables para la terapia de la pareja y, por último, una donde se analizan los diferentes tratamientos farmacológicos y quirúrgicos a los que se puede recurrir para la atención de un problema sexual.

Formatos terapéuticos

Desde que Masters y Johnson (1978) publicaron su libro de terapia, se ha pregonado que es necesario que una pareja heterosexual de terapeutas trate a pacientes heterosexuales. Las razones que dan apoyo a este formato son diversas, a saber: porque es imposible que se establezca empatía respecto a las experiencias sexuales de una persona del otro sexo; estos autores plantean que cada miembro de la pareja tendrá en el sexoterapeuta de su mismo sexo un aliado o intérprete de su pensar y sentir; mencionan también como ventaja que la pareja de terapeutas evitará que uno de los consultantes pueda sentir que el profesional (cuando es único) se ha aliado con la contraparte en su contra; también opinan que se reducen las posibilidades de que se establezcan involucramientos emocionales por parte de un consultante con el terapeuta del otro sexo y, por último, la disponibilidad de un profesional del mismo sexo que el del consultante permite que se establezca un modelo de actitudes y comportamientos sexuales con el que el consultante último puede identificarse y, a la vez, proporciona la oportunidad de trabajar y resolver conflictos con figuras de ambos sexos.

Los argumentos en contra de la diada terapéutica se resumen en las líneas siguientes: el costo de los terapeutas es mayor que el de uno solo; se considera la necesidad y dificultad de que ambos tengan buena compatibilidad, porque de lo contrario se perjudicaría la atención y servicio a los consultantes. Getty y Shannon (1969) consideran indispensables tres aspectos: aceptación mutua, responsabilidad compartida y participación equitativa; Weinstein (1971) afirma que los coterapeutas deben tenerse confianza, comprender y conocer sus diferencias individuales y tener una habilidad real o potencial igual a los psicoterapeutas; se ha hablado también de diversos peligros en la coterapia como conflictos de valores, diferencias en estilos y orientaciones terapéuticas, niveles de experiencia, así como la posibilidad de que trasladen conflictos de su propia relación a la situación terapéutica, en especial si están casados o si sostienen una relación íntima; incluso se han considerado los conflictos a los que pueden someterse el coterapeuta si su cónyuge, no siendo terapeuta, se siente excluido.

Como se observa, hay diversidad de opiniones y puntos importantes entre los argumentos a favor de la psicoterapia y los que están en contra. En opinión del autor resaltan las siguientes situaciones: la primera, la evaluación de resultados y formatos es deficiente en calidad y valor científico, por lo que no se tienen argumentos sólidos en un sentido o en otro; en segundo, es curioso notar que los partidarios de la pareja de psicoterapia sean los profesionales que tienen pareja y trabajan así, en tanto que los del formato individual son terapeutas que trabajan solos.

A continuación se analiza la situación en forma objetiva y ecléctica. El argumento de que un terapeuta no logre empatía con su consultante del otro sexo es poco válido, puesto que, según ese criterio, sólo podrían ser ginecoobstetras las mujeres; lo que podría ser real en algunos casos es que el consultante se relaciona con más facilidad con personas del mismo sexo que con los del otro. En cuanto a que el consultante perciba un aliado en el terapeuta

de su propio sexo es cierto, y reducir el involucramiento emocional no se logra mediante una pareja de terapeutas, sino a través de un trabajo profesional serio, donde el consultante valore, en su dimensión correcta, la relación terapéutica. Por otro lado, un argumento bastante sólido que ha tenido mucha utilidad en la clínica, es que cuando el consultante se identifica con un terapeuta de un mismo sexo toma a éste como modelo de actitudes; también es importante contar con terapeutas de ambos sexos con quienes se trabajen formas conflictivas de relación.

En cuanto a los aspectos negativos esgrimidos en contra de la pareja de coterapia, el que dos o más terapeutas cuesten más que uno, es un argumento relativo y depende básicamente del tipo de organización interna de ambos. Por otro lado, una pareja o grupo de terapeutas debe tener buena compatibilidad, aceptación mutua, responsabilidad compartida, participación equitativa, confianza y una filosofía terapéutica común. Por último, que un terapeuta no traslade conflictos de su propia relación a la terapia es algo que no debe suceder en coterapia ni cuando es un terapeuta único.

Como planteó el autor, el formato ideal de trabajo es el de un equipo multidisciplinario, con miembros de ambos sexos que trabajen con una misma filosofía y donde cada uno aporte su experiencia y habilidad para el bienestar de la pareja. El equipo tiene todas las ventajas de la pareja y si está organizado en forma seria y profesional permitirá, sin duda, un nivel de atención superior, ya que se incrementan los niveles de experiencia, capacidad profesional y percepción de las situaciones de la pareja. El impacto de un grupo de terapeutas es mayor, a la vez que, trabajando en equipo, un terapeuta puede atender las reacciones de la pareja en tanto que los otros observan las reacciones individuales de cada consultante. Así, tanto las fases de estudio como de establecimiento, seguimiento de metas y estrategias terapéuticas se convierten en una experiencia de participación en la que todos aportan y aprenden con el consecuente beneficio para los consultantes.

Si se valora, en forma realista, el número de personas que requiere atención en nuestro medio y la formación aún deficiente de la cantidad de profesionales dedicados a la sexología, sin duda, predominarán los terapeutas individuales que brindan atención al máximo de su capacidad. Sin embargo, no se deja de enfatizar la necesidad de realizar, en cada caso, el cuidadoso y honesto análisis de factibilidad que se mencionó en el capítulo anterior.

Siguiendo con el análisis de los formatos, algunos terapeutas han iniciado la terapia en grupo para ciertos casos, como en grupos de anorgásmicas o eyaculadores precoces.

El grupo tiene la ventaja de requerir pocos recursos profesionales, ser más económico y también es una salida para consultantes sin pareja; además de proporcionar el apoyo de un grupo de "iguales", sobre todo si existe cohesión y acercamiento. Al compartirse sentimientos y experiencias, se da una enseñanza vicaria que da la oportunidad de enfrentar la disfunción o problema de otra forma. Al igual que otros métodos, éste también tiene desventajas, como el hecho de que algunas personas no se sientan cómodas revelando información íntima en un grupo; para algunos, los progresos de otros, lejos de estimularlos, pueden ser decepcionantes; en ocasiones, los grupos adoptan modalidades antiterapéuticas, de tal forma que modelen y refuercen comportamientos inapropiados y también puede disminuir la atención individual a cada consultante. En la actualidad, el trabajo en grupo para el tratamiento de disfunciones está investigándose; hay terapeutas que trabajan en grupos de parejas, mujeres, varones, personas con la misma disfunción o con diversas.

Un punto importante dentro de la planeación del tratamiento es el que se refiere al número de sesiones, con qué espaciamiento y duración y, en general, el tiempo que durará todo el proceso terapéutico. El formato inicial que usan Masters y Johnson es un programa de dos semanas; los consultantes tienen, por lo menos, una sesión diaria con los terapeutas y dedican el tiempo restante a experiencias sexuales estructuradas. A pesar de las ventajas que pudiera tener este formato, la realidad es que para la mayoría de los terapeutas y consultantes no es factible, dado que esta modalidad implica el abandono total de toda actividad por parte de los consultantes durante las dos semanas de la terapia. El autor usó este formato en algunos casos de consultantes de provincia para quienes era más cómodo dedicar dos semanas intensivas. Los resultados obtenidos han sido buenos en general, aunque el número de casos no permite aseverarlo, y según el autor, las probabilidades de recaídas son mayores en relación al otro formato. Dicho formato consiste en una serie de consultas, con frecuencia de una a dos semanas, con duración de 30 a 90 min dependiendo de las necesidades del tratamiento. Kaplan (1974) indicó que con este formato el tiempo promedio de sesiones requerido para tratar una eyaculación precoz es de 6.5 en un lapso de 3 a 6 semanas, y Jehu (1979) propuso una duración promedio de 14.2 semanas. Según el autor, el número de sesiones promedio es de 12 ± 2 , dependiendo de la estrategia terapéutica de cada caso y teniendo un máximo de 20 semanas.

En el capítulo anterior se mencionó que puede haber una diferencia fundamental entre las diversas estrategias terapéuticas. Masters y Johnson y otros terapeutas tienen un programa estandarizado para cada disfunción; inician todos con el programa de caricias y reconocimiento corporal foco sensorial y, según la disfunción, continúan con la técnica del pellizco o de Seemans para la eyaculación precoz; estimulación intensiva con aproximación sucesiva a la vagina en la incompetencia eréctil y anorgasmia, y la utilización de dilatadores graduados para el vaginismo. Claro está que aunque estos programas están estandarizados, se acompañan de ajustes según la respuesta de los consultantes.

A pesar de lo anterior, un buen número de terapeutas que se han visto en la necesidad de cambiar su enfoque, dado que aunque la disfunción sea la misma y las metas similares, las características personales como la historia (antecedentes) y situación social pueden ser diferentes y, por esto, es indispensable considerar cada caso y elaborar la estrategia terapéutica que mejor se adapte y garantice mejores resultados. Tal situación fue especialmente evidente para el autor cuando, en sus inicios en este campo, veía cómo muchos de los aspectos terapéuticos de autores extranjeros no se ajustaban a sus consultantes; de ahí surgió lo que él denominó como: la tercera terapia sexual (Álvarez-Gayou, 1979), la cual fue diseñada específicamente para sus consultantes en vez de ajustarse sólo a una técnica o procedimiento. Otro aspecto importante al hablar del diseño de una estrategia terapéutica es que se puede recurrir a un número mucho mayor de recursos como se verá en los capítulos siguientes.

13 Educación en el proceso terapéutico

Aspectos generales

De lo tratado en capítulos anteriores se desprende que la educación deficiente en materia sexual es causa frecuente de disfunciones. Estas carencias educativas podrían ser en uno o varios de los siguientes aspectos; por un lado, la información y conocimiento respecto a la sexualidad pueden ser insuficientes o apoyarse en conocimientos míticos y sin fundamento científico; en otro sentido, la carencia puede estribar en una actitud represiva y negadora de la sexualidad, y por último, puede haber falta de habilidad para las caricias y el acto coital en sí. Cuando en un caso se observa una o varias de estas carencias educativas, debe determinarse la estrategia adecuada para subsanarlas. Según el autor, el camino sería instituir un programa terapéutico educativo.

Los conceptos pedagógicos modernos establecen que hablar de educación no sólo se refiere a transmitir conocimientos, sino que educar implica un proceso en el que se abordan tres dominios: cognitivo, afectivo y psicomotor u operacional. El cognitivo se refiere a lo que muchas veces se considera indebidamente como el proceso educativo total, la transmisión de conocimientos o la sustitución de los mitos por información con base objetiva y científica. El efectivo se refiere al hecho de que en todo proceso educativo se transmiten valores, y el educador debe estar consciente de esto. Además, es necesario determinar los valores que pretende transmitir y con qué objetivo terapéutico. Por último, el psicomotor y el afectivo –indispensables en el proceso educativo– se refieren a que el educando adquiera las habilidades y destrezas requeridas para la realización de una acción.

Como se observa, el terapeuta es un educador que incide sobre el dominio cognitivo brindando a sus consultantes información subjetiva y científica en materia sexual, y su acción sobre el afectivo, es cuando modifica actitudes de los consultantes respecto a la sexualidad y actúa sobre el psicomotor cuando pretende que los consultantes adquieran destrezas en cualquier área de la relación sexual.

Las técnicas que con mayor frecuencia utiliza el terapeuta para educar a nivel cognitivo son: preguntas y respuesta, exposición y biblioterapia. En la primera, el terapeuta contesta las preguntas y dudas que tengan los consultantes y, en la segunda, necesita dar una o varias lecciones a los mismos. En ambos casos habrá que seguir una planeación educativa adecuada similar a la preparación de una conferencia, curso o taller. Lo primero que debe determinarse es el objetivo del aprendizaje, es decir, definir qué se desea que aprenda el educando, al final del proceso educativo; también deben definirse los contenidos, la técnica a utilizar, el tiempo disponible para la actividad y los materiales que se usarán, por ejemplo: pizarrón (pizarra), transparencias, películas, proyectores y otros.

En resumen, la planeación de un acto educativo terapéutico requiere de la preparación cuidadosa de una carta descriptiva adecuada al proceso de enseñanza-aprendizaje. Detallar más estos aspectos rebasa los propósitos del presente texto, sin embargo, es recomendable la consulta de textos del antiguo Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa en Salud (CLATES), denominado en la actualidad Centro Universitario de Tecnología Educativa en Salud, CEUTES (los principales se encuentran listados en la bibliografía).

La información que hay que consultar con mayor frecuencia es anatomía masculina y femenina, respuesta sexual humana, sexualidad en el anciano, efectos que ocasionan en la sexualidad enfermedades, drogas o cirugía, sexualidad durante el embarazo y diversos aspectos que a menudo son fuente de ansiedad en los consultantes.

A menudo, resulta útil la biblioterapia, es decir, la recomendación de diversos textos para que el consultante lea y aclare sus dudas mediante la lectura, o bien comentándolas con el terapeuta. En el caso de parejas, pedirles que lean juntos o que uno le lea al otro; esto tiene una doble ventaja, puesto que a la vez disipan dudas y se adquieren conocimientos, además se propicia la comunicación y se facilita que puedan hablar entre sí sobre temas que probablemente les eran difíciles de abordar. Al establecer un acto educativo, aun cuando se intente circunscribirlo al área cognitiva, se iniciará sobre el dominio afectivo. Esto se debe a que las actitudes que surgen de los sentimientos y creencias predisponen a una persona a responder en forma positiva o negativa hacia determinado hecho, ya que las creencias se basan en lo que la persona conoce o sabe de éste. Así, por ejemplo, una pareja puede tener una actitud negativa hacia el cunnilingus o al fellatio por considerar "sucias" las secreciones de los órganos sexuales.

El conocimiento e información científica a este respecto pueden modificar esta actitud. De lo anterior se desprende la necesidad de que un terapeuta sexual sea, antes que nada, un educador de la sexualidad y en que su formación se contemple esta dimensión.

Hay controversia acerca de que si el terapeuta tiene o no derecho de modificar actitudes y creencias en sus consultantes; a este respecto, el autor está de acuerdo con Jehu (1979), cuando expresa: "...las actitudes requieren ser modificadas cuando están limitando el funcionamiento sexual o impidiendo el mejoramiento terapéutico". Esto es aplicable a la pareja que recurre al terapeuta por considerar insatisfactorios su vida y desempeño sexual.

Los aspectos en los que con mayor frecuencia se buscan cambios de actitudes son en los casos en donde el consultante considera al sexo como desagradable, sucio, degradante, inmoral o pecaminoso, o bien cuando ciertas expresiones como las caricias orales a órganos sexuales se consideran “anormales” o “perversas”. Otro aspecto donde es frecuente buscar un cambio en las actitudes, es cuando uno o ambos consultantes tienen expectativas demasiado altas respecto al desempeño que deben tener para ser buenos amantes. En nuestro medio, es frecuente la no aceptación de la sexualidad como una fuente de placer, sino como medio para la reproducción.

El cambio de una actitud no se logrará mediante información objetiva y científica; dentro del proceso terapéutico hay diversas acciones que buscan lograr este objetivo, las que se analizan a continuación.

Uno de los principales factores que contribuirán a un cambio de actitudes en el consultante es el hecho de que perciba en el terapeuta características de empatía, calidez y comportamiento honesto y genuino. (La empatía o la capacidad para colocarse en el lugar del consultante ya fue tratada en la sección de diagnóstico). La calidez se refiere a una actitud receptiva y espontánea hacia el consultante, acompañada de una aceptación expresada por una actitud no valorativa (en la que el consultante no se siente juzgado) y con la existencia de una preocupación e interés real por el bienestar del mismo. La actitud honesta y genuina es que el terapeuta se muestre, ante los consultantes, como una persona real sin cubrirse con mantos sagrados profesionales y sin utilizar conductas o poses que le sirvan de mascarillas para ocultarse. Según el autor, cuando en la relación terapéutica se den las características mencionadas, se establecerá una comunicación mutua buena en el consultante, surgirá el optimismo, y la influencia del terapeuta aumentará con base en la relación de confianza y respeto mutuos, a la vez que reduce las defensas, lo coloca en posición más abierta y accesible. Todo lo anterior incrementa el potencial del consultante para lograr cambios favorables para él en sus actitudes y comportamientos.

Otros aspectos importantes para propiciar el cambio de actitudes en la terapia son la explicación causal y el pronóstico. La primera implica la necesidad de darle al consultante alguna explicación plausible respecto a las causas de su problema, lo que puede ser valioso para él, sobre todo cuando su disfunción le es desconcertante. En este sentido, para el consultante es útil saber cuándo la disfunción es atribuible a una causa externa como diabetes o una infección, en vez de considerarla como falta de virilidad o por alguna responsabilidad propia. También es muy útil que sepa que su problema es transitorio y no permanente, y explicarle que su problema es por causas “normales”, que es usual y común, y que no se debe a procesos patológicos.

El pronóstico se refiere a la discusión abierta con el consultante de las posibilidades de éxito del proceso terapéutico, con lo que se incrementan las expectativas de recibir una ayuda eficaz. En este caso, se considera útil hacer del conocimiento del consultante o de la pareja que las posibilidades de éxito aumentan o disminuyen en proporción a su colaboración y participación.

También es importante como técnica para lograr un cambio de actitudes, la autoridad del terapeuta. Veamos: el que reúne las cualidades mencionadas se constituye, al igual que cualquier profesional de la salud, en una figura de autoridad que permite y prohíbe. Sin duda, este grado de influencia puede ser muy valioso al otorgar permiso y seguridad a un consultante para que considere su sexualidad como placentera y agradable, en vez de

sucia y pecaminosa; el mismo mecanismo es válido en casos en donde los consultantes se han establecido metas irreales en su desempeño sexual.

Es indudable que no es el papel del terapeuta tratar de influir sobre normas morales o religiosas de los consultantes, pero es válido utilizar esta posición de autoridad para permitir transitoriamente lo que un consultante considera una transgresión. Éste sería el caso de una anorgásmica quien considera la masturbación como pecado, y en cuya estrategia terapéutica se plantea la necesidad de realizar exploraciones de sus órganos sexuales que quizá la llevarán a un orgasmo. En este caso, el terapeuta le “dará permiso” para practicar las caricias teniendo argumentos como el hecho de que un enfermo puede comer carne en días de vigilia sin que para él sea pecado. Así, esta mujer tendrá dispensa de masturbarse temporalmente como un medio para establecer su respuesta sexual.

Hay ocasiones en que es necesario contar con el apoyo de una persona con más autoridad como cuando se sugiere al consultante que acuda a discutir los elementos de su terapia con un consejero espiritual, por ejemplo, un ministro de cualquier culto o iglesia. En esta línea, en ocasiones, poner en contacto al consultante con grupos de “iguales” puede ser muy valioso. A manera de ejemplo, esta ayuda y apoyo que se le puede brindar a un consultante que se ha sometido a una colostomía o está impedido físicamente, poniéndolo en contacto con personas que, sufriendo la misma condición, han logrado superarla. Asimismo, cuando un homosexual o lesbiana con conflictos familiares o laborales entra en contacto con grupos de liberación homosexual, puede crear una identidad de grupo que reforzará su seguridad, permitiéndole, junto con la terapia, manejar en forma constructiva sus problemas. El respaldo y autoridad del terapeuta puede también ser un apoyo importante para enfrentarse a presiones contrarias que provengan de otras personas.

Al contrario de lo que se postula en métodos clásicos de psicoterapia, en materia de terapia sexual puede ser muy útil que el terapeuta exponga al consultante sus propias actitudes y prácticas sexuales como un medio de mostrar su sanción y promover en él actitudes positivas. Claro que esto debe hacerse tras una cuidadosa selección de la situación, del momento o para asegurar el cumplimiento del objetivo y evitar un efecto contrario. Aunque esto sólo podría realizarse cuando se haya logrado una relación de comunicación amplia, empatía y confianza mutua entre consultante y terapeuta.

Dentro del proceso terapéutico integral, la regla es que el uso de los distintos métodos y técnicas se realice en forma conjunta, secuencial y simultánea. En una sesión que pretende ser didáctica, existe la necesidad de separar y clasificar; sin embargo, el lector debe llevar en mente que la división es artificial. Este comentario es pertinente porque a pesar de que se han incluido los cambios de actitudes ante la sexualidad como parte del proceso educativo, muchas técnicas psicoterapéuticas también tienen como objetivo el mencionado cambio de actitudes. Por lo anterior, es claro que ya algunos psicoterapeutas la consideren como un proceso educativo.

Hasta aquí se ha abordado el dominio cognitivo y afectivo de la educación, y a continuación, se habla del psicomotor u operacional. Este último se refiere al hecho de que el educando (en este caso el consultante) adquiera la habilidad y destreza para realizar las acciones, motivo del proceso educativo. Este dominio también se traslapa con diversas técnicas conductuales y experiencias sexuales estructuradas que pertenecen a otros capítulos. Sin embargo, restringiendo el estudio de las acciones docentes que se realizan en el

consultorio o en la clínica, con frecuencia el terapeuta debe enseñar a los consultantes a relajarse, acariciar de determinada manera o utilizar diversas formas de posturas coitales.

La relación puede enseñarse dirigiéndola con grabaciones de audio, video o ambas. Las técnicas concretas de relajación se abordan en el capítulo de técnicas conductuales.

Con frecuencia, se utilizan modelos de penes y vulvas para que los consultantes muestren cómo acarician, ya sea para que el terapeuta sugiera formas alternativas o el compañero o compañera, respectivos, muestren, sobre el modelo, las formas más adecuadas y placenteras.

En ocasiones, la vida sexual se vuelve rutinaria, automática y poco estimulante. Es común atribuir esta situación a una falta de variedad en la realización del acto sexual; hay parejas que han practicado por años el coito en la “posición de misionero”: la mujer abajo en decúbito dorsal y el varón sobre ella.

14 Técnicas y procedimientos conductuales

Aspectos generales

La modificación de la conducta y la terapia conductual son enfoques psicoterapéuticos basados en la teoría del aprendizaje. Así como, hoy en día no puede hablarse de la existencia de una sola psicoterapia dada la diversidad de métodos y principios existentes, será mejor hablar de las terapias del comportamiento.

Uno de los aspectos más distintivos del enfoque conductista es su énfasis en la conducta operante, observable y medible.

Es importante notar que, dentro del movimiento conductista, existen autores considerados como radicales, encabezados por B.F. Skinner (1971, 1976), que niegan cualquier posibilidad de que el comportamiento humano esté en alguna medida, por mínima que sea, gobernado por libre albedrío y selección. Cabe aclarar que el autor no concuerda ni dista mucho de adherirse, o aun simpatizar con conceptos tan radicales, aunque reconoce el enorme valor terapéutico del conductismo, sobre todo en esta área.

La terapia conductual se caracteriza por cuatro elementos: 1) se enfoca al comportamiento evidente y específico, 2) precisa con claridad las metas terapéuticas, 3) formula los procedimientos específicos para abordar determinados problemas, y 4) evalúa en forma objetiva los resultados de la terapia. En esencia, esta terapia tiende a que el consultante adquiera un nuevo comportamiento, eliminando la conducta insatisfactoria y reforzando, a la vez, el sostenimiento de la nueva pauta conductual.

Los enfoques de la teoría del aprendizaje que se usan hoy en día, se originan terapéuticamente de dos elementos principales: a) el **condicionamiento clásico** y b) el **condiciona-**

miento operante. El primero surge del trabajo de Pavlov, en donde al asociarse un estímulo incondicionado con uno condicionado evocan una respuesta condicionada, y donde el estímulo incondicionado puede llegar a evocar por sí solo la respuesta condicionada. El ejemplo clásico es el perro que saliva (respuesta condicionada) al ver el alimento (estímulo condicionado), asociado con el sonar de una campana (estímulo incondicionado). Cuando este patrón se repite, sucede que la salivación (respuesta condicionada) se produce con el sólo tañir de la campana (estímulo incondicionado), sin que medie la presencia del alimento (estímulo condicionado).

El **condicionamiento operante o instrumental** consiste en reforzar (recompensar) al individuo cuando éste realiza determinado comportamiento deseado. Algunos procedimientos asociados con el condicionamiento operante son: el **reforzamiento positivo, la extinción, el castigo, el modelamiento y el uso de prendas**, entre otros.

La meta general de la terapia conductual es crear nuevas condiciones para que tenga lugar el aprendizaje. Este hecho es fundamental en la teoría de que todo comportamiento es aprendido y, por tanto, puede “desaprenderse” y aprenderse uno nuevo.

Cuando se usan técnicas conductuales, el papel del terapeuta es el de un maestro, director o experto que diagnostica comportamientos que hacen sentir mal o insatisfecho al consultante, y prescribe procedimientos tendientes a producir un comportamiento nuevo y más satisfactorio.

Una vez revisados someramente los aspectos conceptuales generales de la terapia conductual, se abordarán las técnicas y procedimientos más usados en el tratamiento de las disfunciones sexuales.

Desensibilización sistemática

La **desensibilización sistemática** es una de las técnicas utilizadas en terapia conductiva para extinguir conductas reforzadas de forma negativa, creando una respuesta antagónica. Wolpe (1969), el creador de ésta, decía que el comportamiento neurótico es una expresión de ansiedad y que ésta se elimina encontrando respuestas antagónicas a ella. El proceso de desensibilización requiere como condición *sine qua non* el entrenamiento del consultante en técnicas de relajación.

Muchos consultantes manifiestan altos grados de tensión y ansiedad en su actividad amorosa. Según los planteamientos de Jacobson (1938, 1964), Wolpe (1969), y Bernstein (1973), la tensión muscular se relaciona con la ansiedad de tal forma, que si un individuo aprende a relajar sus músculos, tenderá a disminuirla.

Se cuenta con varios métodos para relajarse, pero casi todos provienen de la técnica básica de Jacobson (1938), quien encontró que, por medio de la tensión y relajación sistemática de grupos musculares, a la vez que se discriminan las sensaciones asociadas a la acción, se lograba reducir la tensión muscular y obtener la relajación.

La técnica que el autor utiliza consiste en pedir al consultante que se ponga cómodo, se quite los zapatos y afloje toda prenda que le apriete. Que se recueste de preferencia sobre el suelo y en decúbito dorsal, cierre los ojos y se concentre sólo en las indicaciones del terapeuta. Después de indicarle que inhale y espire despacio de 2 a 5 veces, se le pide que tense fuertemente los grupos musculares que se le indiquen y los mantenga por un lapso de 5 a 7 seg, para luego interrumpirlo de súbito y, de este modo, dirigir la atención

del consultante hacia las sensaciones percibidas en el grupo muscular en cuestión. La secuencia de grupos musculares que utiliza es:

1. Brazo derecho (incluyendo mano y hombro).
2. Brazo izquierdo (incluyendo mano y hombro).
3. Musculatura facial.
4. Musculatura del cuello (anterior y posterior).
5. Musculatura del tórax, nuca y de la parte superior de la espalda.
6. Musculatura abdominal.
7. Musculatura perineal y nalgas.
8. Pierna derecha (incluyendo el pie).
9. Pierna izquierda (incluyendo el pie).

En algunos casos, es necesario repetir el ciclo de tensión-relajación dos o más veces, pidiendo al consultante que lo practique en su casa.

Cuando la persona ha logrado relajarse mediante este método, se le pide que lo haga solo, concentrándose y pensando en las sensaciones de relajación para cada grupo muscular. Una vez realizado esto, debe aprender a llevarse por sí mismo a un estado de relajación completa por medio de una cuenta regresiva al ritmo de aspiraciones profundas.

Después del entrenamiento para la relajación, puede iniciarse el proceso de desensibilización sistemática, por tanto, debe hacerse un análisis cuidadoso con el consultante sobre los estímulos que le provocan ansiedad. Se hace una lista de lo que le causa mayor ansiedad, hasta aquello que se la produce en menor grado. Resulta útil para la jerarquización dar a cada situación un valor numérico en intensidad de ansiedad, que vaya de 1 a 100, por ejemplo.

Un requisito importante para el éxito de esta técnica es que el consultante tenga capacidad para imaginar vívidamente las escenas en cuestión.

El proceso de desensibilización implica que el consultante esté por completo relajado y con los ojos cerrados. El terapeuta describe una serie de escenas y le pide que se imagine en cada una de ellas. Se inicia con una escena neutral y, si mantiene la relajación, se pasa a la siguiente que menor tensión origine de la lista previa. Cuando el consultante indique con una señal de un dedo que determinada escena provocó tensión, ésta se mantiene 5 seg.; luego se suspende el proceso de imaginación y se relaja cuidadosamente, para volver otra vez a la escena generadora de ansiedad, tratando de mantenerla cada vez durante más tiempo hasta que el consultante indique que ya no hay tensión. Luego se procede a la siguiente situación de la lista y así sucesivamente.

Conforme se logre que cada situación ya no genere ansiedad, en la consulta, se pide al consultante, siempre que sea factible, que trate de exponerse a una situación similar en la vida real para verificar el proceso.

Una variante de esta técnica que, puede ser útil en la terapéutica de disfunciones y de pareja, es en la que el compañero participa en algunos aspectos como la elaboración de la lista, incluso la presentación de las situaciones durante la desensibilización.

Wolpe (1969) considera que la desensibilización sistemática falla por una de tres razones: 1) dificultades para la relajación que pueden deberse a una comunicación deficiente del terapeuta con el consultante, o bien a que se trate de una persona inhibida; 2) que se

prepare una lista con situaciones equivocadas o que la jerarquización no sea la correcta, y 3) que el consultante no imagine vívidamente las situaciones.

Cuando existe este último obstáculo, se utilizan ayudas audiovisuales como transparencias, películas o cintas de video que ayuden al consultante a vivir las situaciones que fueron jerarquizadas. Algunos terapeutas usan un banco de cintas de video, incluso en la fase de elaboración de las jerarquías.

Desensibilización en vivo

En esta variante el consultante se somete a la situación real en vez de imaginarla. Ésta puede descomponerse en diversas partes o fases, y el consultante pasa sucesivamente por cada una de ellas hasta que la situación completa ya no provoque ansiedad. Como se verá, éste es el principio básico de las experiencias sexuales estructuradas que sistematizaron y popularizaron Masters & Johnson. Por otro lado, no hay razón alguna por la que no se utilicen al mismo tiempo la desensibilización sistemática con relajación, imaginación, recursos audiovisuales y en vivo.

Una versión de la desensibilización en vivo es aquella, no sistemática, en la que el consultante luego de adquirir la habilidad para relajarse por sí solo, es instruido para usarla en cualquier situación de su vida que le provoque ansiedad.

Saturación o *flooding*

Esta técnica, a diferencia de la desensibilización en que el sujeto es expuesto brevemente a situaciones generadoras de ansiedad, somete al consultante a estas situaciones durante periodos más prolongados y sin el uso de respuestas alternativas. En los capítulos referentes a las causas se había visto cómo algunas personas evitan las situaciones de ansiedad que producen disfunciones. Esta prueba está especialmente indicada en tales casos.

La situación ansiogénica puede presentarse al consultante en forma de fantasía, gráfica o real, y se le expone a ella hasta que se produce una disminución significativa de la ansiedad. Un ejemplo del uso de esta técnica es el de una pareja no acostumbrada a la desnudez: se les pide a ambos que permanezcan desnudos periodos largos hasta que desaparezca la ansiedad, o bien se les exhiben películas y transparencias sobre temas sexuales durante largo rato para reducir la ansiedad e inhibiciones que los consultantes experimentan en relación a temas sexuales.

Una técnica que combina la desensibilización en vivo y la saturación es la dilatación vaginal. Después de una detallada explicación a la pareja sobre el mecanismo del espasmo muscular, se les proporciona a ambos dilatadores vaginales graduados. El varón, después de una cuidadosa relajación, insertará el dilatador más pequeño guiado por la mano de su compañera. El tamaño del dilatador se incrementa gradualmente a la vez que se sustituye la guía de la mano de ella por indicaciones verbales. Por lo general, se prescribe un lubricante. Cuando la mujer acepta sin espasmo uno de los dilatadores más grandes, se le pide que lo conserve intravaginalmente durante el sueño, es decir, varias horas.

Helen Kaplan (1974) sugiere que en vez de usar dilatadores, sean los dedos de la mujer primero y después los del hombre los que hagan esta función. Esta investigadora argu-

menta que para muchas mujeres los dilatadores son inaceptables por su aspecto. Otros autores indican que el dilatador le da una dimensión más técnica y clínica al tratamiento. El autor prefiere un enfoque mixto en el que se usen los dilatadores y los dedos de ambos.

Entrenamiento asertivo

Esta técnica se aplica a situaciones interpersonales y es útil para propiciar un cambio de actitudes. Se usa en personas con dificultades para expresar su enojo o disgusto, los que no pueden decir no, o quienes tienen dificultades para expresar su afecto.

El procedimiento consiste en pedir a la persona que represente el papel de otra sintiéndolo al máximo. Así, por ejemplo, quien considere al sexo como sucio y no aceptable, al pedirle que actúe el papel de una persona que siente lo contrario, primero sufrirá un estado de disonancia y su comportamiento puede modificarse para evitarla. Del mismo modo, al pedirle que improvise, buscará razones y argumentos que le parezcan más convincentes y positivos para evitarlo, aunque sea de modo temporal. Todas estas situaciones resaltan los argumentos positivos, con lo que aumentan las posibilidades de aceptación de la nueva posición.

Esta técnica es útil para desarrollar el nivel de empatía en la pareja.

Condicionamiento operante

La conducta operante es la característica más significativa en la vida diaria; en este tipo de conducta se encuentra la sexual. Según Skinner (1971), si la conducta se refuerza se incrementan las posibilidades de que ésta se repita, de tal forma que el principio del reforzamiento es la base del condicionamiento operante. A continuación se revisan brevemente los métodos que se usan.

Primero, el **reforzamiento positivo** consiste en establecer una conducta mediante el otorgamiento de una recompensa o reforzamiento positivo, cada vez que la conducta deseada se presente. Los reforzamientos pueden ser **primarios** o **secundarios**. Los **primarios** son los que satisfacen necesidades fisiológicas básicas, y los **secundarios**, las psicológicas o sociales. Cuando se aplica este método en la terapia se requiere: a) especificar con claridad cuál es la conducta deseada para que el sujeto comprenda; b) descubrir el reforzador para un individuo dado, y c) el uso sistemático del reforzador para incrementar la conducta deseada.

El **moldeamiento radica** en modificar, en forma gradual, las conductas preexistentes reforzando elementos parciales de la nueva conducta.

El **reforzamiento intermitente** consiste en variar la frecuencia con la que se da el reforzador a la conducta deseada y no entregarlo siempre. Cuando se utiliza el reforzamiento intermitente, la conducta condicionada tiene menos probabilidades de extinguirse que la condicionada con reforzamiento continuo.

La **extinción** se refiere a cómo una conducta realizada continuamente el porqué las personas siguen jugando con máquinas tragamonedas, carreras de caballos o lotería, reciben reforzamientos suficientes para continuar, aunque pierdan más de lo que ganan. En esta técnica es necesario suprimir el reforzamiento que recibe la persona y considerar dos

aspectos: primero, puede ser un procedimiento muy lento, y segundo, es factible que el comportamiento que se busca extinguir se acentúe antes de desaparecer.

El **modelamiento** consiste en que la persona observa el comportamiento de un modelo y después es reforzado al imitar la conducta de éste, que puede ser en vivo o mediante películas o videocintas; esto se aplica específicamente en el terreno de la terapia de las disfunciones.

Condicionamiento clásico

No se ha usado en forma amplia para el tratamiento de disfunciones sexuales. Sin embargo, parece que su principal aplicación sería en el tratamiento de la apatía sexual. Para ello, es necesario descubrir el estímulo incondicionado que provoca la respuesta de excitación lo cual después se asocia al condicionado hasta que la respuesta se presente.

De esta manera, si se descubre a través de su historia clínica que una mujer o un varón con apatía se excitan con literatura erótica o películas, se usarán estos elementos como estímulos incondicionados e introducirán ciertas caricias o la presencia del compañero como estímulo incondicionado para lograr el condicionamiento.

Aunque en la literatura hay escasos datos al respecto, en los pocos casos en los que el autor lo ha utilizado, los resultados han sido lo suficientemente buenos como para considerar que ésta es una técnica útil que debe tener mayor desarrollo.

Fantasías

La fantasía sexual es uno de los medios más ricos que posee el ser humano para lograr la excitación o incrementar y mejorar su respuesta sexual. El campo de la fantasía no tiene límites, en él todo es posible y es por eso que en la terapia, si se sabe aplicarlo, constituye un recurso vasto.

La gente tiene fantasías cuando sueña o piensa en ganar en los pronósticos deportivos o, en el caso del campesino, en si pudiera vender su cosecha a buen precio. Sin embargo, existen personas que tienen más dificultad en lograr a propósito la fantasía, sobre todo si es de carácter eroticosexual. En estas personas se debe establecer el siguiente programa que les permite incrementar su capacidad de fantasear:

1. Se pide al consultante que vea dibujos o fotografías y que, después, las describa con los ojos cerrados.
2. Se le instruye para que haga lo mismo con escenas de su vida diaria y las describa.
3. Se le lee en voz alta textos interesantes, no eróticos y se le pide que imagine con los ojos cerrados para después describirlos.
4. Debe practicar esta tarea entre las consultas.
5. Cuando tenga habilidad en las tareas anteriores, se inicia la introducción paulatina de aspectos eroticosexuales; primero, gráficos y después verbales y por lectura.

Una variante al programa anterior consiste en la mezcla de varios estímulos para generar la capacidad de fantasía en el consultante. Una vez establecida, ésta puede dirigirse a incrementar la capacidad de respuesta sexual y, en algunos casos, es útil para modificar expresiones comportamentales que molestan a los consultantes.

Según el autor, aún podrá alcanzarse más con la terapéutica de las fantasías, pero se requieren más estudios controlados al respecto.

Hipnosis

Las técnicas hipnóticas también son útiles en el área de las disfunciones sexuales. Con frecuencia se usan para la investigación y el recuerdo de experiencias traumáticas reprimidas, y para facilitar procedimientos que generan ansiedad como desensibilización, relajación, saturación y vaginismo.

La hipnosis también se usa para inducir y promover respuestas sexuales específicas, ya sea durante el trance o como sugestión poshipnótica. En esta última aplicación, aunque se dispone de pruebas clínicas de que es útil, aún faltan estudios controlados y en grupos importantes de población, ya que hasta ahora sólo se encuentran referencias de casos individuales.

Biorretroalimentación (*biofeedback*)

En esta técnica se da al individuo información directa sobre sus procesos corporales en tanto éstos suceden, de tal manera que aprenda a ejercer más control sobre ellos. Su aplicación a la respuesta sexual se dirige a la obtención de un mayor control voluntario sobre las fases vasocongestivas y mioelctricas de la respuesta sexual, esta técnica también aumenta el potencial terapéutico para las disfunciones sexuales.

Ejercicios musculares vaginales

En 1952, Kegel postuló la relación entre un tono bajo de los músculos pubococccígeos y vaginales con una sensibilidad baja asociada a una capacidad limitada para la excitación y el orgasmo. Basado en lo anterior, desarrolló métodos para que las mujeres localizaran estos músculos y los ejercitaran. Annon (1974) presentó un programa para realizar este entrenamiento, sintetizándolo en cinco pasos:

1. Localización de los músculos, para lo cual la mujer, sentada en el retrete con las piernas abiertas trate de detener el flujo de orina. En esta posición, el músculo pubococccígeo es el único que puede detenerla.
2. Una vez identificado, el músculo debe detener el flujo de orina en repetidas ocasiones hasta que deje pasar una cantidad pequeña en cada relajación. Además, debe contraer el músculo durante 1 o 2 seg unas 10 veces seguidas, debiendo repetir esta secuencia por lo menos seis veces al día, durante la primera semana.
3. Durante la segunda semana, el ejercicio deja de practicarse al orinar, pero aumenta a seis sesiones diarias de series de 20 contracciones con duración de 1 a 2 seg.
4. Al mismo tiempo, se inician ejercicios de series rápidas de contracciones, intentando que se parezcan a las orgásmicas. Esta serie de contracciones rápidas (aproximadamente 10 por serie) deben practicarse unas seis veces al día. A las series rápidas se les agrega un componente erótico; esto es, se pide a la mujer que al realizarlas imagine y fantasee cualquier imagen de su elección. De esta manera, las contracciones vaginales y pubococccígeas se asocian con la excitación sexual.

5. En la semana siguiente, se incrementa el número de repeticiones, tanto de las contracciones de 1 o 2 seg como de las series rápidas hasta llegar a 300 del primer tipo y 100 del segundo.

La programación por semanas se ajusta a cada caso en especial, considerando que para alguien no acostumbrado, los músculos pueden quedar adoloridos.

Aunque estos ejercicios fueron descritos originalmente para mujeres, también pueden programarse para el varón, sobre todo en casos de eyaculación precoz. En general, ellos manifiestan incremento en la sensibilidad y goce de sus relaciones sexuales.

Expresiones gráficas de la sexualidad

Las denominaciones descriptivas son todas las representaciones en forma escrita, grabada, dibujada, de fotografía o película de un acto eroticosexual. Lo anterior se debe a la enorme dificultad para lograr un consenso entre lo que se considera artístico, educativo, comercial o “pornográfico”, y también a la dificultad para establecer los límites entre una y otra categoría.

Aquí se hace referencia básicamente a la utilización de textos, dibujos, fotografías y películas como recursos para la terapia. Son los también llamados **materiales sexuales explícitos**.

En el capítulo 13, como en el presente capítulo, se detalla cómo la utilización de esquemas, dibujos y fotografías pueden ser auxiliares educativos útiles para información y modificación de actividades y adquisición de habilidades. Asimismo, son útiles para la desensibilización sistemática y en vivo, saturación, condicionamientos operante y clásico, modelamiento y para estimular la fantasía.

Sin duda, son útiles, pero lo serán más en la medida en que el sexoterapeuta los conozca, seleccione cuidadosamente y determine en forma clara y precisa la indicación y el objetivo de su utilización.

Desafortunadamente, en la actualidad, predominan películas extranjeras, lo que restringe su uso por los modelos que en ocasiones presentan y el idioma. Sin embargo, cuando se insertan en el momento en que son requeridas, son de beneficio para la terapia. El terapeuta debe tener su acervo clasificado y graduado por el nivel de ansiedad que puede provocar en los consultantes. No se trata de convertir la terapia en una serie de sesiones para “pasar películas”, sino utilizarlas profesional y cuidadosamente como un recurso más. En otros países se dispone de películas específicas para uso profesional en la terapia y son éstas las que deben utilizarse de preferencia.

Aparte de los usos mencionados, las fotografías, dibujos y películas sirven para que las parejas comprendan el ejercicio que se les prescribe realizar en casa, como en el caso de las experiencias sexuales estructuradas que se muestran a continuación.

Experiencias sexuales estructuradas

Consisten en actividades o ejercicios que se prescriben a la pareja para que los realice en la intimidad. Las funciones que cumplen son: reducir la ansiedad ante la práctica sexual, propiciar una estimulación más eficaz, promover y desarrollar reacciones emocionales,

así como actividades positivas y de aceptación, ante diversas prácticas sexuales; propiciar una mayor y mejor comunicación en la pareja respecto a sus preferencias y, por último, aunque no por ello menos importante, revelan problemas y obstáculos para la relación sexual que no habían sido detectados de antemano.

El principio general de las experiencias sexuales estructuradas se ejemplifica con un símil en el que una relación sexual es como una máquina con varios engranes entrelazados. El abordaje estructurado consiste en tomar el primer engrane y hacerlo funcionar correctamente para después hacer lo mismo con el segundo; cuando ambos funcionen por separado, se hacen funcionar juntos para después corregir el tercero, hacer funcionar los tres y así sucesivamente. De esta manera, al establecer el factor causal, el diagnóstico y las metas terapéuticas respecto a la disfunción específica y a la fase o fases de la respuesta que estén afectadas, se determina la estrategia para las experiencias sexuales estructuradas útiles en cada caso. Aún insistiendo en la necesidad de un programa específico en cada caso, se abordan a continuación las experiencias que tienen efecto sobre cada una de las fases de acuerdo a la clasificación del autor, es decir, sobre estímulo, excitación, meseta y orgasmo, omitiendo las fases de resolución y refractaria, puesto que respecto a la primera no existen experiencias estructuradas aplicables a las disfunciones de esta fase. En cuanto a la segunda, porque cuando se actúa sobre ella en esencia se trata la fase de estímulo sexual. Para las descripciones se utiliza el formato de una sesión por semana con el terapeuta, por considerar que es el más factible en nuestro medio. Las disfunciones específicas de estas dos fases son la apatía y disritmia en ambos sexos y la hipolubricación e incompetencia eréctil en la mujer y el varón, respectivamente.

En cuanto a disfunciones de estas primeras dos fases, las experiencias se refieren a: 1) caricias y reconocimiento corporal, y 2) caricias y reconocimiento genital.

Caricias y reconocimiento corporal

Masters & Johnson (1978) diseñaron este ejercicio, denominándolo como foco sensorial (*sensate focus*), y lo recomiendan para el inicio de las experiencias sexuales estructuradas de toda pareja. El autor coincide con ellos por la experiencia valiosa y útil de comunicación y acercamiento que proporciona a la pareja, aun cuando su disfunción no sea de fase de estímulo o excitación.

Como paso inicial, se pide a la pareja abstinencia, es decir, que no tenga relaciones sexuales ni practique caricias que conduzcan al orgasmo durante un periodo mínimo de una semana.

Pasada la semana, se mantiene la abstinencia, pero se asignan las primeras experiencias que consisten en explorarse y acariciarse por turnos, todo el cuerpo, excluyendo pechos y órganos sexuales. Esta caricia y exploración se hará con ternura y afecto, y en un ambiente plácido y tranquilo. El tiempo en que cada uno explore y acaricie lo determina la pareja, pero no será menor de 20 min. para cada uno.

Se les pide que no se comuniquen verbalmente durante el ejercicio, no puede hacerse a oscuras y, al final del mismo, estando aún desnudos, compartan su experiencia en forma verbal.

Para este ejercicio son fundamentales tres aspectos: privacidad, relajación y evitar al máximo una programación rígida. La pareja debe asegurarse de que realizará la actividad

sin interrupciones, buscando crear una atmósfera tranquila y relajada; tomar un baño tibio antes, estar a media luz, oír música suave e incluso ingerir media copa de vino, podrían ayudar. Deben evitar que los ejercicios se vuelvan rutinarios o una actividad forzada a determinada hora.

Como ya se mencionó, uno acaricia activamente y el otro debe ser el receptor, para después cambiar. Sin embargo, tanto el activo como el pasivo tienen tareas concretas que cumplir. El activo al acariciar y explorar debe concentrarse al máximo en lo que percibe, en las sensaciones que tiene: textura, temperatura, humedad y cualquier otra característica de la zona que está explorando. El pasivo debe concentrarse también en lo que siente y percibe de los tocamientos de su compañero. En la primera semana, no hay comunicación verbal durante las caricias salvo en el caso de que un tocamiento moleste o sea doloroso. La pareja decide quién es primero el activo y quién el receptivo, a menos que el terapeuta crea importante relevar a la pareja de esta decisión o porque las condiciones de la relación sugieran que sea uno de ellos antes que el otro.

El ejercicio debe realizarse, por lo menos, de dos a tres veces en una semana, de tal forma que una vez que se realice satisfactoriamente, se proceda a la segunda etapa. En ésta, el ejercicio es el mismo, con la diferencia de que quien esté en la posición pasiva guiará con sus manos y sin hablar las caricias del compañero.

Dependiendo de la evaluación de la respuesta a la primera fase, el terapeuta sugiere alguna o ambas de las siguientes variables: el uso de una loción humedecedora, crema o aceite y que se acaricien otras partes del cuerpo aparte de las manos como pelo, lengua, codos y pabellones auriculares, entre otras.

En la tercera etapa de caricias y reconocimiento corporal, el ejercicio consiste en lo mismo, pero agregando la comunicación verbal. Debe enfatizarse la comunicación al compañero de las percepciones y sensaciones, en especial sobre las caricias más satisfactorias o excitantes y las no placenteras.

Para que se cumplan los objetivos del ejercicio de caricias y reconocimiento corporal, la pareja debe estar consciente de que no se busca ni se espera que se produzca excitación por el ejercicio, con esto se logra quitar el elemento de ansiedad en el desempeño de esta primera fase. Estos ejercicios propician que la pareja descubra el placer y satisfacción que proporcionan las caricias por sí mismas, a esto se debe la prohibición de practicar el coito y de provocar el orgasmo por caricias mutuas. De la misma manera, la autoobservación desaparece cuando los miembros de la pareja se concentran en sus propias sensaciones.

Se produce así un cambio de orientación en la pareja, pasando de un interés excesivo en alcanzar ciertas respuestas al disfrute de sensaciones inmediatas.

Un aspecto importante que se logra con este ejercicio es el de promover la estimulación efectiva a la pareja. La experiencia clínica muestra con frecuencia que una persona acaricia a otra en la forma en que la primera prefiere. Así, por ejemplo, se observa cómo durante años varones y mujeres que gustan de caricias suaves se dedican a acariciar de esta manera a su pareja, cuando esta última prefiere caricias más firmes para lograr la excitación. A través del ejercicio se establece primero el reconocimiento propio de lo que es placentero, para después expresarlo al compañero. Conforme avanzan los ejercicios se observa cómo se fortalecen los vínculos, creando un mayor acercamiento afectivo y desarrollando una percepción sensual, lo que ocasiona un cambio de actitudes que permite una mayor aceptación de diversas actividades de tipo sexual, en especial las de los ejercicios siguientes.

Algunas parejas plantean que el ejercicio los excita mucho, quedando molestos o incómodos por no lograr el orgasmo. En este caso, se les explica lo importante que es para el tratamiento que no realicen el coito ni obtengan el orgasmo por caricias mutuas, dándoles la posibilidad de masturbarse en privado, por separado y después del ejercicio.

Como se señaló, en los ejercicios también se evidencian conflictos o situaciones no vistos previamente. Cuando la pareja rompe la abstinencia, puede mostrar, por un lado, que la confianza aumenta y hay un desarrollo positivo, pero también puede ser indicio de aspectos menos positivos que requieran atención e intervención terapéutica. Por ejemplo, romper la abstinencia puede ser indicio de sabotaje de uno de los miembros de la díada por la hostilidad que siente hacia el otro, o de la incapacidad de uno de ellos de no aceptar el coito por temor a ser rechazado.

Otros obstáculos que surgen en este ejercicio son: el que uno o ambos no logren y estén ansiosos al creer que son torpes o incapaces de realizar el ejercicio. En este caso, se trabaja la relajación, fortaleciendo la seguridad del miembro correspondiente. Puede haber ansiedad por la desnudez o culpa por percibir situaciones y caricias placenteras. En este caso están indicados los procedimientos de desensibilización.

Algunas parejas evidencian una reacción de resistencia o cognitiva de evasión al decir que no hicieron los ejercicios por “falta de tiempo”, porque les causaban “muchas cosquillas” o porque no tuvieron sensación alguna, e informen que los ejercicios les parecieron tediosos, aburridos o incluso tontos. Otra circunstancia que puede presentarse es aquella en la que existe imposibilidad para concentrarse durante el ejercicio.

Todos estos obstáculos deben reconocerse y abordarse mediante la técnica o procedimiento adecuado para el caso, a fin de que una vez resuelto, se continúe con el plan de las experiencias sexuales estructuradas. **Una nota de precaución:** salvo excepciones, nunca podrá pasarse a la fase siguiente en tanto no se haya logrado el objetivo de la anterior.

Caricias y reconocimiento de órganos sexuales

Una vez que la pareja tiene una respuesta positiva a las caricias y reconocimiento corporal, se incluirán los senos, órganos sexuales y zona perianal.

Como requisito inicial, la pareja debe recibir información anatómica básica para después darles instrucciones precisas sobre los ejercicios. Los principios de la relajación, privacidad, falta de rigidez y alternancia son aplicables para este ejercicio también. Se les instruye para iniciar con caricias corporales, para después acariciar suavemente los órganos sexuales, los que deben explorar y tocar con tacto y delicadeza, sin prisa y tratando de percibir y comunicar tanto las sensaciones propias como las del compañero. No deben concentrarse exclusivamente en órganos sexuales por el riesgo de darle un sesgo clínico al reconocimiento, sino alternar caricias que conozcan como sensuales y placenteras en el resto del cuerpo. Cuando el reconocimiento y las caricias sean a una mujer, se instruirá a la pareja sobre la necesidad de explorar y acariciar ampliamente las zonas vulvares y perivulvares, antes de llegar a labios menores o introducir los dedos en la vagina. Especial atención merece el clitoris y el tipo e intensidad de la caricia en él.

En las caricias y reconocimiento corporal y de órganos sexuales tienen lugar niveles intensos de excitación cuando antes no los había, simplemente porque se ha eliminado el elemento de ansiedad al saber la pareja que no se espera que logre nada en especial, ni que cumpla con alguna meta, y que realizan caricias y estimulación más eficaces.

En esta etapa, que dura de una a tres semanas, también sucede que se transgrede la abstinencia, lo que puede ser una señal positiva o de problemas, como ya se mencionó. Asimismo, surgen obstáculos que deben evaluarse para determinar las vías colaterales intermedias que puede seguir la terapia.

En casos de incompetencia eréctil primaria o secundaria se utilizan otras experiencias sexuales estructuradas como la técnica propuesta por Annon (1974), para varones sin pareja, en la que se solicita al consultante que busque e identifique estímulos que lo exciten ya sea por fantasía, materiales pictóricos, fotográficos o filmicos, y que los utilice para evocar erecciones y masturbaciones hasta el orgasmo. En el caso en el que el consultante esté acostumbrado a eyacular sin erección, se le pide que retenga la eyaculación hasta tener una erección más firme. De esta manera, en el último caso, se crea la asociación eyaculación-erección, en vez de eyaculación-no orgasmo.

Una vez lograda la eyaculación con erección, se le pide al consultante que tenga fantasías masturbatorias con su pareja, incorporando a la fantasía los elementos gráficos de estímulos previamente utilizados. Según Annon (1974), la asociación de estas fantasías con la autoestimulación y la eyaculación, facilita la generalización de erecciones de la masturbación a la situación real con pareja. El autor confiesa no tener experiencia con esta técnica.

Las técnicas de Semans y de suspensión del estímulo (ver sección de eyaculación precoz), también se utilizan en la incompetencia eréctil, sobre todo cuando existe el temor de que una erección no pueda recuperarse cuando se pierde. Estas técnicas permiten mantener las erecciones y aun recuperarlas durante las experiencias estructuradas, con lo que la persona también recupera confianza en su capacidad eréctil y, por tanto, desaparece la ansiedad.

En el caso de la hipolubricación, después de las caricias y reconocimiento genital, la mujer se coloca en posición superior en tanto que el varón está en decúbito dorsal; ella toma el pene y lo inserta en la vagina. En la fase inicial, sólo lo tendrá dentro con muy leves movimientos o ejercitando los músculos vaginales y pubococcígeo, además de percibir cuidadosamente todas las sensaciones. Luego y conforme aumente su excitación se mueve lentamente haciendo que el pene entre y salga a la vez que continúa contrayendo los músculos y percibiendo las sensaciones. De la misma forma, experimentará otros movimientos. El terapeuta debe instruir a la mujer para que considere al pene como un juguete a su disposición con el que experimenta diversas formas de estimulación decididas por ella y a su ritmo. No debe preocuparse durante el ejercicio por la gratificación del compañero. De esta manera, la experiencia libera a la mujer de las demandas del compañero, de la necesidad de desempeñarse en una u otra forma, y subordinar sus propios gustos y preferencias a las de él.

Este ejercicio constituye una extensión de las caricias y reconocimiento genital en la que el pene es el elemento explorador en vez de la mano, pero totalmente guiado por la mujer. Si no existe disfunción orgásmica después de lubricar, seguramente presentará un orgasmo y si está presente tal disfunción agregada, se aborda con las experiencias descritas en la sección correspondiente.

A partir de este momento, las experiencias sexuales estructuradas varían según la disfunción de la fase específica, por un lado, y de acuerdo a la estrategia terapéutica integral

individual para cada caso. A continuación se describen en forma general los ejercicios que tienen influencia concreta sobre cada una de las fases que siguen a la del estímulo y excitación.

Experiencias que influyen sobre la fase de meseta

Como se mencionó en la clasificación fisiológica de las disfunciones, se consideran por incremento (en duración) de la fase de meseta a la incompetencia eyaculatoria o eyaculación retardada en el varón, y preorgasmia en la mujer, y por decremento exclusivamente en la eyaculación precoz en el varón.

En el caso de la **incompetencia eyaculatoria o retardada y preorgasmia**, el propósito de las experiencias sexuales estructuradas es acortar la fase de meseta en forma gradual y, a la vez, modelar la respuesta para lograr que se presente la eyaculación en él y el orgasmo en ella, durante la penetración vaginal. Este propósito se logra mediante una serie de experiencias estructuradas que se aproximan sucesivamente a la meta, usando la excitación del sujeto como elemento bloqueador de la ansiedad que provoca el momento de la eyaculación o del orgasmo. En este sentido, deben utilizarse diversos medios para incrementar la excitación y evitar que se caiga en la situación de observar su propia respuesta. La fantasía o las expresiones gráficas de la sexualidad, ya sean en forma escrita, pictórica, filmica o cualquier otra que sea eficaz para el consultante, son de gran utilidad.

Sin olvidar la importancia del programa individual, en general, las experiencias sexuales estructuradas pueden seguir un programa como el que se esboza a continuación:

Primera etapa. Determinar las condiciones bajo las que él o ella logran la eyaculación o el orgasmo, respectivamente.

Segunda etapa. Lograr la eyaculación (~) o el orgasmo (~) por el método determinado como el más adecuado (por lo general, la masturbación), en una habitación contigua a aquélla en la que se encuentre la pareja.

Tercera etapa. Lograr el varón la eyaculación en una habitación contigua después de haber efectuado la relación o coito sin eyaculación u orgasmo.

Cuarta etapa. Masturbarse junto al compañero(a) después de la relación sexual.

Quinta etapa. El compañero estimula a la pareja hasta el orgasmo, después del coito o relación.

Sexta etapa. Repetición de la etapa anterior **acercando** cada vez más los órganos sexuales.

Séptima etapa. El compañero disfuncional es estimulado por el otro casi al punto del inicio de la eyaculación o del orgasmo y, en ese momento, se realiza la penetración y continúa la estimulación manual y vaginal hasta que se logra la eyaculación o el orgasmo.

Octava etapa. A continuación, cuando el compañero disfuncional ha penetrado, avisará del momento de la inevitabilidad eyaculatoria u orgásmica, para que en ese momento se suspenda la estimulación manual y se logre el orgasmo. Este acto propuesto por Kaplan (1974) se conoce como “maniobra del puente”.

Novena etapa. Por último, se suprime cualquier ayuda manual.

Es importante recalcar que muchas veces un hombre o una mujer logran ser eyaculador y orgásmica, respectivamente, en la séptima etapa, sin llegar a las subsecuentes, lo que implicará que el cualquiera de los dos requiera siempre estimulación adicional (por

lo general, manual), para lograr la eyaculación o el orgasmo. Esta situación, lejos de considerarse un fracaso de la pareja, debe explicarse para que la acepten como una modalidad de su relación, de la misma manera que otros no logran el orgasmo o la eyaculación con ciertas posiciones o caricias. Así, lograrán el placer orgásmico conjunto y mutuo, que es más importante que tener que hacerlo como la mayoría de las personas.

Continuando con las disfunciones de la fase de meseta, la **eyaculación precoz** puede manejarse a nivel de las experiencias sexuales estructuradas a partir del siguiente esquema de Harthman y Fithian (1972), y modificado por el autor.

Primera etapa. Caricias y reconocimiento corporal.

Segunda etapa. Caricias y reconocimiento genital.

Tercera etapa. Ejercicios pubococceos.

Cuarta etapa. Maniobra de Semans, es decir, la compañera o compañero estimulan el pene; el sujeto pasivo está concentrado en sus sensaciones y cuando percibe la inminencia eyaculatoria se lo indica al que lo estimula. Ante la señal, él (la) estimulador(a) tomará la base de la cabeza del pene entre el pulgar situado sobre el frenillo y los dedos índice y medio, sobre el dorso, ejerciendo presión firme e intensa durante 3 o 4 seg; con esto se detiene la acción eyaculatoria, incluso se podrá perder parcialmente la erección. La maniobra de Semans se realiza tres o cuatro veces por sesión, pero sólo se permite la eyaculación en la última. La pareja nota cómo cada vez se prolonga más el tiempo entre aviso y aviso, conforme continúan las sesiones. Para Álvarez-Gayou, la técnica de Semans, después de un buen número de años, no parece ser la más adecuada, por ser no natural y, por ello, prefiere la técnica que se describe a continuación.

Quinta etapa. La misma estimulación manual, con la variante de que al aviso del compañero, en vez de aplicar la maniobra de Semans, lo único que se hace es suspender abruptamente la estimulación (maniobra de suspensión de estímulo). Esta maniobra se realizará tres o cuatro veces en cada sesión, antes de permitir la eyaculación. Como puede verse esto es mucho más natural y genera una mayor percepción de las sensaciones en el consultante.

Sexta etapa. Las mismas caricias al pene, pero con aceite o crema; quien acaricia debe simular una vagina con ambas manos, deteniendo la estimulación como en las etapas anteriores.

Séptima etapa. Ésta es opcional, dependiendo de la aceptación de la pareja. Se trata de utilizar la boca (fellatio) como estímulo y detenerlo al aviso del compañero.

Octava etapa. El eyaculador precoz se coloca en decúbito dorsal con su compañera en posición superior. Se introduce el pene en la vagina sin producir movimiento alguno (vagina silenciosa o congelada), y al aviso, se saca, repitiéndose en la misma forma de las etapas anteriores. Si la vagina silenciosa no provoca eyaculación, se pasa a la etapa siguiente.

Novena etapa. Movimientos de la mujer con el pene en la vagina, deteniendo la estimulación al aviso de él. Quizás, en esta fase, la mujer logre el orgasmo durante el ejercicio.

Décima etapa. Coito en posición lateral, frente a frente, utilizando la técnica Semans o suspensión de estímulo si se requiere.

Onceava etapa. Experimentar otras posiciones con la técnica de Semans o suspensión del estímulo hasta lograr el control suficiente en cada una de las nuevas posiciones.

Para realizar estos ejercicios es indispensable que la pareja del eyaculador precoz acepte y comprenda que tendrá que frustrar su orgasmo coital durante algunas semanas más,

pero con la certeza de que serán las últimas, con esto él será capaz de lograr durante los ejercicios mayor relajación y verdadera concentración en sus sensaciones, sin intentar retrasar la eyaculación mentalmente.

Existen autores como Lobitz (1978) y Lo Piccolo (1978), que recomiendan para quienes no tienen pareja o aquella no desea colaborar, el uso de la técnica de Semans durante la masturbación, con resultados satisfactorios. Aquí, de nuevo, la experiencia ha demostrado que la técnica de sólo detener el estímulo sin apretar el pene (Semans), es extraordinariamente efectiva y, por ende, preferible. En este caso, se le pide al varón que inicie su actividad masturbatoria cotidiana, con una hoja de papel, un lápiz y su reloj, además de lo que requiera y guste para estimularse (DVD, revistas, etc.). Se inicia con 10 min., en los que al percibir la eminencia eyaculatoria, suspende el estímulo y marca una línea en su hoja de papel. Esperar a que pase la tensión y reanudar la estimulación. Esto lo repite tantas veces como suceda en los 10 min. Repite lo mismo en los días subsecuentes e irá notando que en lapso de 10 min. cada vez se detiene menor número de veces. Se dice que cuando se estabiliza en tres detenciones, se puede pasar a la segunda etapa: ahora 15 min. de duración y repetir lo mismo cotidianamente. Esto se hace de manera sucesiva hasta llegar a tiempos superiores a los 30 min. Cuando no controla y eyacula antes de tiempo, sólo marca con una X. Por lo general, un varón que sigue este procedimiento, se vuelve un hombre capaz de controlar su momento de eyaculación en las relaciones eróticas con pareja.

Esta técnica ha permitido incluso tratar personas de otros países por vía del Internet con resultados en su mayoría muy satisfactorios. Claro que los resultados van a depender mucho de la disciplina y dedicación del consultante.

Experiencias que influyen en la fase de orgasmo

Como se mencionó, el orgasmo tiene dos dimensiones: la fisiológica y subjetiva. Un estudio clínico cuidadoso será el indicador de cuál está afectada en el consultante, para así diseñar la estrategia terapéutica adecuada. Las experiencias sexuales estructuradas contribuyen en forma importante, aunque no exclusiva, en el tratamiento de una disfunción orgásmica en la mujer o el varón, aun cuando la prevalencia en este último sea muy baja. Hunt, en EUA (1974), y Simon, en Francia (1972), la refieren en 8 y 2% de los varones mayores de 45 años, respectivamente. Sin embargo, no aclaran si incluyen también a los eyaculadores incompetentes.

Conviene recordar y aclarar algunos conceptos respecto a la eyaculación y el orgasmo. Para que haya eyaculación deben desencadenarse contracciones musculares aunque sean leves, y esto se ha equiparado con el orgasmo; sin embargo, se han descrito casos de varones que tienen orgasmos subjetivos con contracciones musculares que no se acompañan de eyaculación. Por otro lado, también hay situaciones en las que se presentan contracciones y eyaculación, y no existe percepción subjetiva orgásmica. Con base en lo anterior, la anorgasmia masculina considerada aquí es la subjetiva, en la que hay contracciones con o sin eyaculación. En cambio, la anorgasmia por falta o incapacidad de contracciones, se compara con la incompetencia eyaculatoria, siendo esta última una disfunción mixta de

las fases de meseta y orgasmo. Por otro lado, el retardo eyaculatorio es una disfunción pura de la fase de meseta.

Recuérdese también que la preorgasmia en la mujer es una disfunción de la fase de meseta, comparable al retardo eyaculatorio del varón, y que a su vez la anorgasmia puede ser fisiológica, por falta de contracciones, o psicológica, cuando existiendo contracciones no hay percepción subjetiva placentera del orgasmo.

En los casos de anorgasmia fisiológica femenina, Álvarez-Gayou utiliza un programa mixto que incluye elementos del programa de Masters & Johnson (1978), Lobitz & Lo Piccilo (1978), y de él mismo. En primer lugar, hay que distinguir entre la anorgasmia primaria y la secundaria. En la primera, el objetivo principal es lograr que la mujer tenga su primer orgasmo por cualquier medio. Los estudios de Kinsey (1953) revelaron que la masturbación es la fuente principal de orgasmo femenino, y los de Masters & Johnson (1966) demostraron que, en la mujer, el orgasmo por masturbación es más intenso; con estos resultados, se prefiere la autoestimulación como elemento de elección. Las etapas de las experiencias sexuales estructuradas serán como sigue:

Primera etapa. Dirigida a que la mujer logre un mayor autoconocimiento, previa información sobre su anatomía. Se le pide que explore, toque y sienta todo su cuerpo en completa privacidad, para lo cual puede usar un espejo.

Segunda etapa. Se inicia un entrenamiento de relajación para que la consultante lo efectúe antes y durante las siguientes etapas.

Tercera etapa. Con un espejo de mano observará e identificará las partes de su vulva; primero visualmente y después en forma manual para no provocar ansiedad, no se le pide que realice u obtenga alguna tarea específica o respuesta. Es frecuente que, a pesar de ello, el ejercicio provoque ansiedad y evasión, por lo que debe manejarse por el terapeuta con tacto y habilidad, sobre todo brindando apoyo y reforzando la relajación condicionada con anterioridad.

Cuarta etapa. Explorar táctilmente la totalidad del cuerpo para localizar zonas que produzcan placer.

Quinta etapa. Explorar los órganos sexuales para reconocer en ellos zonas que produzcan placer.

Sexta etapa. Estimulación de las zonas placenteras descubiertas del cuerpo y los órganos sexuales. Aquí, puede prescribirse el uso de loción humectante, crema o aceite, pidiéndole que intente incrementar las sensaciones placenteras, sobre todo de estimulación genital.

Séptima etapa. Si la consultante no ha logrado un orgasmo **hasta** la sexta etapa, se le pide que mantenga la estimulación por más tiempo, a la vez que intente desarrollar su fantasía erótica o que utilice expresiones gráficas que la exciten, de la misma manera que en el procedimiento del eyaculador retardado. En ocasiones, para lograr este primer orgasmo, la autoestimulación puede durar más de 30 min y, en algunos casos, hasta una hora.

Octava etapa. Si la séptima etapa no ha dado resultado, se pide a la mujer que la repita pero con un vibrador.

Es importante hacer un paréntesis en defensa del vibrador, que en nuestro medio está muy desacreditado, al que se le considera como un aparato generador de "lujuria" y se le teme por el mito de que la mujer lo preferirá, por encima del coito, después de haberlo usado. Kinsey, en la década de 1940, y Masters & Johnson, en la de 1960, demostraron la superioridad de la masturbación sobre el coito para la mujer; sin embargo, ésta nunca

ha sustituido a la relación completa con una pareja. Hay diversos tipos de vibradores accionados eléctricamente, por lo general con baterías, y casi siempre tienen forma de pene, en ocasiones con rugosidades. Se dispone de un modelo que, a la vez que tiene un movimiento circular, puede vibrar y posee además una saliente que estimula el clítoris en tanto la rama principal estimula vaginalmente. También hay vibradores incorporados a una vagina artificial o con accesorios en forma de anillo que estimulan el glande del pene. Todos ellos proporcionan una estimulación intensa y pueden facilitar el orgasmo en la mujer y la eyaculación u orgasmo en el varón.

Estos aditamentos, además de ser útiles desde el punto de vista terapéutico, sirven para enriquecer y diversificar la vida sexual de parejas que no tengan disfunciones. Pueden usarse con la certeza de que no dañarán la vida sexual, sino todo lo contrario.

En ocasiones, la mujer no se permite tener un orgasmo por temor a perder el autocontrol o la "compostura" durante el mismo. Es importante, una vez detectado el problema, establecer un programa de entrenamiento asertivo en el que se pedirá que actúe o represente en forma exagerada lo que sería su reacción ante el orgasmo. Si representa, en el consultorio, gritos o movimientos exagerados, esto le aliviará la ansiedad; en ocasiones, si se hace con relajamiento y utilizando la fantasía, algunas mujeres logran tener un orgasmo en tanto están actuando el juego de papeles.

Novena etapa. Cuando la mujer logra el orgasmo por sí sola varias veces, se le pide que se estimule frente a su compañero hasta el orgasmo, después de una sesión de caricias y reconocimiento corporal.

Décima etapa. Se establece el ejercicio de caricias y reconocimiento genital con énfasis en las caricias a ella. Es importante que: a) ella informe, explique y demuestre con claridad al compañero el tipo, forma, intensidad y velocidad de las caricias, y b) que el compañero la estimule el tiempo suficiente, sin interrumpir la estimulación hasta que ella logre el orgasmo.

Onceava etapa. Una vez que ella logra el orgasmo durante la etapa anterior, la pareja realiza el coito en tanto el compañero(a) la estimula por el medio conocido, ya sea manualmente o con el vibrador hasta lograr el orgasmo.

En el caso de la anorgasmia masculina, se sigue un programa similar al descrito en la sección de experiencias sexuales estructuradas para la incompetencia eyaculatoria.

Cuando se trate de anorgasmia psicológica o subjetiva, la valoración integral del caso señalará las acciones y, al mismo tiempo, la indicación o no de un programa de experiencias sexuales estructuradas. En la mayor parte de las ocasiones surte efecto un programa de desensibilización y sensibilización, terminando con las dos primeras etapas del programa de experiencias estructuradas.

Dado que en la clasificación fisiológica de las disfunciones no hay casos específicos de la fase de resolución y periodo refractario, no se mencionan experiencias para éstas. Las disfunciones que pueden presentarse en estas fases y en otras son el vaginismo y la dispareunia, que ya han sido mencionadas.

Para finalizar este capítulo, sólo unas palabras de advertencia a los lectores.

A raíz de la publicación en español de los textos sobre terapia sexual de Masters & Johnson (1978), y Helen Kaplan (1974, 1975), muchos profesionales de la salud y de las ciencias de la conducta utilizan las experiencias sexuales estructuradas a manera de receta fácil para abordar a individuos o parejas disfuncionales. Quizás han tenido éxito en

algunos casos, pero en los que no, con seguridad ha sido por la aplicación rígida de un programa de experiencias, sin una valoración completa del caso, y sin establecer metas y estrategias terapéuticas integrales como la señalada en el capítulo 11. Este fenómeno también se da en otros países, donde los terapeutas declaran que, en un principio, los programas establecidos les bastaron para obtener buenos resultados, pero ello duró poco tiempo y pronto hubo que considerar integralmente la causalidad multifactorial de las disfunciones y las diversas técnicas existentes para su resolución.

Hasta ahora, se han revisado la educación y diversas técnicas conductuales, entre ellas, las experiencias sexuales estructuradas; en el capítulo siguiente se analizan técnicas y procedimientos psicoterapéuticos que también buscan incidir sobre la causa psicológica.

15 Técnicas psicoterapéuticas

En este capítulo se revisan algunas técnicas psicoterapéuticas y de asesoría que proporcionan una guía de diversos enfoques y métodos disponibles para tratar aspectos psicoterapéuticos de una disfunción sexual.

Según el autor, el desarrollo actual de la psicoterapia permite afirmar que ninguno de los modelos terapéuticos, por sí solo, integra los beneficios de todos ellos.

Desafortunadamente, aún algunos psicoterapeutas alineados con determinado modelo, piensan que el suyo contiene toda la verdad. Y, por esto, el terapeuta con formación psicoanalítica considera la terapia conductual como superficial y técnica, algo así como una terapia breve y económica que no produce cambios a largo plazo en los consultantes. Por otro lado, algunos terapeutas conductuales creen que el psicoanálisis carece de fundamentos científicos y, por tanto, es inoperante. Por último, algunos terapeutas de la escuela humanística-existencial critican ambos enfoques, considerándolos reduccionistas, mecanicistas y deterministas, que no piensan en el ser humano como alguien que lucha por dar un significado a su existencia.

En realidad, quien se inicie en la psicoterapia o asesoría psicológica, debe hacerlo con un marco de referencia ecléctico, conociendo los diversos enfoques para desarrollar el estilo terapéutico individual que se ajuste a su personalidad. Asimismo, el eclecticismo debe ser crítico, sistemático y disciplinado, ya que de lo contrario, se caerá con facilidad en la falsa concepción de seleccionar fragmentos de diversas terapias sólo para cubrir las limitaciones e ideas preconcebidas.

La orientación filosófica del autor tiende hacia el enfoque humanístico-existencial y social, pero en su trabajo terapéutico utiliza técnicas de otras escuelas adaptadas a su estilo.

Para quien se inicia en la práctica de la psicoterapia o asesoría en problemas y disfunciones sexuales, son indispensables dos factores: 1) profundizar y reafirmar los diversos conceptos y técnicas, y 2) realizar una práctica supervisada para lograr un ejercicio en verdad profesional.

Antes de continuar con el análisis de este capítulo, es pertinente hacer una aclaración sobre la terminología. A lo largo del libro se utiliza la palabra consultante en vez de paciente o cliente. Paciente se asocia, históricamente, con el modelo médico de enfermedad y, como ya se vio, las disfunciones en sí no son enfermedades; además, es atendido por el médico y la conceptualización terapéutica de las disfunciones permite y da gran valor al manejo que hace el profesional no médico de las mismas. El término cliente tiene, por lo menos en español, una connotación comercial y de transacción económica que se considera inadecuada, porque aun siendo la actividad terapéutica un servicio, en muchos casos remunerado, no es ésta (o no debiera ser) la marca distintiva. En cambio, lo que es común en todos los niveles es que la persona con algún conflicto, disfunción o duda sexual consulte al profesional o a quien considere que puede ayudarle. De ahí que, a lo largo de este libro, se utilice el término **consultante**.

También se habla indistintamente de terapeuta y asesor, y la diferencia entre uno y otro estriba en el entorno en que desarrolla su actividad: el tipo de servicios que proporciona y el grado de preparación. Más adelante se aborda con amplitud este punto.

Se intenta que la presentación de los diversos enfoques psicoterapéuticos sea objetiva de la filosofía, de los conceptos básicos y de las técnicas de cada modelo.

Modelo psicoanalítico

El psicoanálisis fundado por Sigmund Freud es, históricamente, la primera de las escuelas más importantes de psicología, seguida por el conductismo y la psicología humanista-existencial.

Las principales contribuciones del psicoanálisis se sintetizan en cuatro puntos:

1. El comportamiento humano puede estar gobernado por factores inconscientes.
2. El desarrollo infantil incide sobre el funcionamiento del adulto.
3. Postula la existencia de mecanismos de defensa inconscientes contra la ansiedad.
4. Comprende y localiza la acción del inconsciente mediante el análisis de los sueños, resistencias y transferencias.

En el capítulo 7 se esbozan conceptos básicos de la estructura de la personalidad y de mecanismos de defensa, por lo que aquí se omiten.

La visión freudiana de la naturaleza humana es, en esencia, pesimista, determinista, mecanicista y reduccionista, ya que, según Freud, los seres humanos están determinados por fuerzas irracionales, motivaciones inconscientes, necesidades, impulsos biológicos e instintivos y por los sucesos psicosexuales de los primeros cinco años de vida.

Como se mencionó, es probable que la mayor contribución de Freud sean los conceptos de inconsciente y niveles de consciencia. La evidencia clínica para apoyar la existencia del inconsciente son los sueños, donde se expresan de manera simbólica las necesidades, deseos y conflictos inconscientes, los lapsos del habla y las sugerencias poshipnóticas.

En respuesta a las posturas instintivistas de Freud, surgen las adaptaciones del psicoanálisis por los neofreudianos, entre ellos: Jung, Adler, Rank, Horney, Fromm y Sullivan; quienes objetaron esta postura determinista, buscando resaltar las dimensiones socioculturales e interpersonales del comportamiento humano. A continuación se revisan en forma breve los puntos básicos de las teorías de cada uno.

Carl Jung

Jung presenta, en su teoría, una visión optimista y creativa del hombre y enfatiza el papel del fin o propósito en el desarrollo del mismo.

Para él, hay dos tipos de inconsciente: el **personal** y el **colectivo**. El primero similar al de Freud; en tanto que el segundo consiste en las experiencias heredadas de los ancestros. Es la herencia de los recuerdos significativos o **arquetipos** que se transmiten de generación en generación. Según Jung, el inconsciente colectivo es la sabiduría del tiempo en la especie y la guía del desarrollo humano. Además, propone la existencia de la **persona**, que es la máscara utilizada para responder a demandas y convencionalismos sociales; es el papel que la sociedad impone y demanda que se cumpla. El **animus** y el **ánima** refieren que los seres humanos tenemos características masculinas y femeninas. El **ánima**, dice Jung, es la porción femenina de los hombres, por la cual comprenden a las mujeres; el **animus** es la porción masculina de las mujeres mediante la que comprenden a los hombres.

Para Jung, hay dos actitudes fundamentales: la **extroversión** que orienta al individuo al mundo exterior objetivo, y la **introversión** que lo dirige hacia el mundo interior subjetivo.

Propuso la existencia de cuatro formas de funcionamiento, que coexisten en una persona, pero siempre con el predominio de alguna: 1) el tipo intelectual, en el que se impone la lógica y se actúa en forma objetiva y racional, 2) el emotivo, que enfatiza los aspectos subjetivos, 3) el sensorial, en donde prevalecen las percepciones sensoriales, y 4) el intuitivo, que está abierto para percibir situaciones más allá de los hechos, sentimientos e ideas, obteniéndose la esencia de la realidad.

Otto Rank

Para él, la principal fuerza dinámica en los seres humanos es el **temor a la separación**. La vida se caracteriza por una búsqueda de la **individualidad**, sorteando los obstáculos que impiden alcanzarla.

La **voluntad** es un aspecto positivo del propio "yo" que controla y usa en forma creativa los impulsos básicos. Plantea que las prohibiciones paternas llevan al niño a desconfiar de su propia voluntad, resultando en un adulto con aspectos aprobados y desaprobados por la sociedad.

También propuso la existencia de tres tipos de caracteres:

1. **Persona promedio.** La que rinde su propia voluntad y acepta la del grupo. Tiene menos conflictos y menos probabilidades de ser creativo.
2. **Persona neurótica.** No se conforma a la voluntad del grupo, pero no está seguro para afirmar la propia, por lo que lucha con conflictos internos y externos.
3. **Persona creativa.** Establece sus propios ideales y normas, acepta su propio "yo", y se expresa, ante los demás, por medio de producciones creativas.

Alfred Adler

Él considera que los seres humanos están motivados por demandas sociales. El centro de la personalidad es la consciencia, no el inconsciente, y los seres son amos y no víctimas de su destino. La gente siente, por un deseo de **superioridad**, la necesidad de vencer la **inferioridad**, que le es inherente. La meta de la vida es la **perfección** y las personas manejan la **inferioridad básica** por medio de la **búsqueda del poder**.

Los individuos tienen un **estilo de vida**, formado en la infancia temprana como compensación de alguna inferioridad específica; todos tenemos un estilo de vida, aunque no existen dos que sean iguales. Para Adler, la familia puede intensificar los sentimientos de inferioridad del niño.

Karen Horney

El concepto primordial de Horney es **ansiedad básica** o **fundamental**, que es el sentimiento del niño de estar aislado y desvalido en un mundo hostil en potencia. Como resultado de las relaciones humanas inadecuadas, una persona que siente que no puede tener amor, busca obtener poder sobre los demás, explotarlos, compensar los sentimientos de desvalidez, o bien retraerse en la autoconmiseración. Según Horney, hay 10 necesidades neuróticas para contrarrestar la ansiedad básica:

1. De efecto y aprobación.
2. De una pareja posesionada de nuestra vida.
3. De restringir la vida propia a fronteras estrechas.
4. De poder.
5. De explotar a otros.
6. De prestigio.
7. De recibir admiración personal.
8. De logros personales.
9. De autosuficiencia e independencia.
10. De protección e invulnerabilidad.

Lo que convierte a estas necesidades en neuróticas es su carácter compulsivo, insaciable y poco realista.

Para ella hay tres tipos de caracteres:

1. El sumiso, que va **hacia** la gente por su necesidad desesperada de amor y aprobación; es muy dependiente.
2. El despegado, que se **aleja** de la gente por una necesidad exagerada de independencia, se mantiene apartado de los demás y la cercanía le provoca ansiedad.
3. El agresivo, que se mueve **contra** la gente, con una necesidad insaciable de poder y de controlar a otros.

Erich Fromm

Para Fromm, los seres humanos experimentan el aislamiento y la enajenación por haber sido separados de la naturaleza y de los demás. Las personas se unen con otras aprendiendo cómo amar, o bien encuentran seguridad conformando su deseo al de una sociedad autoritaria. Los hombres son únicos porque poseen consciencia de sí mismos, raciocinio, imaginación, capacidad para amar y experimentar la soledad, y el desarraigo. Las necesidades humanas son cinco:

1. De **relacionarse** en forma activa y productiva amando a los demás, es decir, con conocimiento, comprensión, cuidado, respeto y responsabilidad.
2. De **trascender**, rebasando la naturaleza animal y volviéndose un ser creativo.
3. De **arraigo**, deseando sentirse unido con el mundo, la naturaleza y los demás.
4. De **identidad**, buscando un sentido de identidad personal.
5. De **un marco de referencia**, como una manera estable de darle un sentido al mundo.

Harry Stack Sullivan

Para Sullivan, el elemento crucial a estudiar es la situación interpersonal, más que el individuo. Propone la existencia del **sistema del propio “yo”** (*self system*), que surge como resultado de las amenazas de la propia seguridad y que es la motivación que opera durante toda la vida para superar su sentimiento básico de desvalidez. Este sistema se desarrolla como una reacción a la ansiedad provocada por las relaciones interpersonales.

Sullivan enfatiza el papel de los procesos cognitivos en el desarrollo de la personalidad e indica tres formas de experiencia en la formación del “yo”:

1. **Prototáxica**. Caracteriza el primer año de vida y es condición necesaria para que existan las otras dos.
2. **Paratáxica**. Ocurre en la temprana infancia; el niño acepta las consecuencias sin evaluar y reaccionar ante los demás sobre bases irreales.
3. **Sintáxica**. Se caracteriza por falta de distorsión. Consiste en la actividad de símbolos, por medio de la cual el niño evalúa sus pensamientos y sentimientos, en contraste con los de otros y aprende los patrones de relación de su sociedad.

Para Sullivan, los seres humanos son maleables y la personalidad no se determina a edad temprana, ya que puede cambiar a cualquier edad, conforme se desarrollen nuevas relaciones personales.

Los anteriores son puntos clave de los neofreudianos, donde pueden apreciarse coincidencias y diferencias entre estos mismos.

A continuación, se ven algunos aspectos del proceso terapéutico enfocado de manera psicoanalítica.

Puede decirse que la meta de la terapia analítica es reformar la estructura del carácter, trayendo a consciencia del consultante el material inconsciente. El proceso terapéutico revive experiencias infantiles, en tanto que las técnicas buscan incrementar la advertencia, lograr introspecciones intelectuales y comprender el significado de los síntomas.

En la terapia psicoanalítica hay cinco técnicas básicas:

1. **Asociación libre.** En esta técnica, el analista pide al consultante que elimine de su mente los pensamientos y preocupaciones cotidianas y que diga todo lo que le venga a la mente, sin importar qué pueda ser aunque le parezca tonto, trivial o ilógico. La asociación libre es una forma de recordar experiencias del pasado y de descargar emociones asociadas con experiencias traumáticas, a lo que se le conoce como catarsis. La catarsis ayuda a que la persona se sienta mejor temporalmente, pero no es crucial para el proceso psicoanalítico. Durante el proceso de asociación libre, el analista debe identificar el material reprimido. La secuencia de asociaciones guía a éste a comprender las conexiones entre los diferentes sucesos y los bloqueos; las asociaciones sirven para identificar el material que genera ansiedad. Al analista, interpretar este material, le ayuda a tener mayor introspección sobre dinámicas de las que no tenía advertencia.
2. **Interpretación.** En este procedimiento, el analista señala y explica al analizado los significados de los sueños, asociaciones libres y resistencias. Las interpretaciones buscan que el “yo” maneje y asimile nuevo material, para permitir que salga más del inconsciente. Las interpretaciones, si no son realizadas en un momento adecuado, serán rechazadas por el analizado.
3. **Interpretación de sueños.** Freud consideró a los sueños como la “vía regia para el inconsciente”. Durante el sueño, las defensas disminuyen y el material reprimido sale a la superficie. Los sueños tienen dos tipos de contenido: el **latente** y el **manifiesto**. El primero es el motivo inconsciente, oculto, disfrazado y simbólico. El segundo es el sueño, como aparece al que lo soñó.
4. **Análisis e interpretación de la resistencia.** La resistencia puede ser cualquier cosa que obstaculice la terapia o evite al analizado producir material inconsciente, ya que impide que llegue a la consciencia material amenazante; si esto sucede, el analista lo señalará para que el analizado lo confronte. La interpretación de la resistencia busca que el analizado se percate de las razones de ésta.
5. **Análisis e interpretación de la transferencia.** La relación del paciente con el analista se conceptualiza en el proceso de transferencia, que es el núcleo del enfoque psicoanalítico.

La transferencia se suscita cuando el analizado revive del pasado conflictos intensos relacionados con resentimiento, amor, hostilidad, sexo o ansiedad, y los trae al presente volviéndolos a experimentar y atribuyéndoselos al analista.

Para que la terapia sea efectiva, la relación de transferencia debe trabajarse y resolverse.

Cuando el analista desarrolla sentimientos que emanan de sus propios conflictos se habla de la contratransferencia.

El análisis de la transferencia es una técnica básica del psicoanálisis, puesto que permite al analizado revivir su pasado en la terapia.

Los principales aspectos de la técnica psicoanalítica fueron esbozados para enseñar las herramientas generales de este procedimiento. Es importante hacer notar que existen

terapeutas que sin ser psicoanalistas, tienen esta orientación y usan otras técnicas junto con los procedimientos del psicoanálisis.

En opinión del autor, el psicoanálisis tiene limitaciones como proceso terapéutico, sobre todo considerando factores como tiempo y costo. Sin embargo, para el asesor o el terapeuta sexual, los planteamientos teóricos y las técnicas son valiosos para lograr una mayor comprensión de los consultantes, mediante un marco teórico conceptual para observar y comprender el comportamiento, así como el origen y la dinámica del problema consultado, y el manejo de algunas circunstancias terapéuticas. Es útil para comprender las defensas del “yo” como respuesta a la ansiedad.

En esencia, las aplicaciones del enfoque psicoanalítico a las disfunciones sexuales son: 1) comprender las resistencias originales en la terapia, 2) comprender el papel que juegan las influencias tempranas en los problemas actuales del consultante, 3) comprender el valor y significado de la transferencia en situaciones terapéuticas, 4) comprender el uso, por parte de los consultantes, de mecanismos de defensa en la situación terapéutica y en su vida, y 5) contar con los medios para reconocer y manejar, cuando sea posible, las situaciones descritas.

Es obvio que la utilización de técnicas psicoanalíticas requiere una formación profesional y una supervisión clínica antes de intentar aplicarlas.

Modelo humanístico-existencial

El enfoque psicoterapéutico humanístico-existencial se funda en la premisa filosófica de lo que significa el ser y se basa en el concepto de que los hombres no pueden escapar de la libertad, pero, a la vez, ésta va de la mano con la responsabilidad. La psicología humanística-existencial se aboca, por lo principal, a la condición humana y, en vez de ser una serie de técnicas para influenciar a los consultantes, enfatiza una actitud de comprensión hacia las personas.

Entre los principales psicólogos con orientación humanística-existencial están Carl Rogers, Rolo May, Victor Frankl, Abraham Maslow & Frederick S. Perls.

A continuación, se revisan diversos conceptos de este enfoque, para después abordar aspectos de interés de algunos de estos autores.

Para la psicología humanística-existencial, el individuo es capaz del autoconocimiento o autopercepción; capacidad que permite pensar y decidir. A mayor autoconocimiento, más posibilidades de libertad. También, el conocimiento de la libertad y de la responsabilidad originan la angustia o ansiedad existencial, única en el hombre.

La ansiedad existencial surge del conocimiento de la propia finitud y de la necesidad de enfrentar la propia muerte o el no ser. El ser humano es único, en cuanto a que pretende encontrar un fin o propósito en la vida, a la vez que crea valores que dan esencia a la misma. El ser humano implica también una soledad intrínseca, aquella con la que se nace, que vive en el sentir interno y con la cual se ha de morir. El individuo busca la auto-realización, es decir, el logro de su potencial humano. En la medida que la persona no se realiza, se “enferma” y, por ello, la patología en esta escuela se conceptualiza como la no utilización de la libertad para realizar los potenciales individuales.

En la terapia existencial se busca que los consultantes experimenten su existencia como auténtica, mediante la propia advertencia de sus potenciales; deben percatarse de la

forma en qué podrán abrirse y actuar sobre éstos. Para Bugenthal (1965), la autenticidad es el valor existencial primario y, por tanto, la preocupación central de la psicoterapia. Una existencia auténtica tiene tres características: 1) la advertencia total del momento, 2) la selección de cómo vivir el momento, y 3) aceptar la responsabilidad de la elección.

En esencia, la meta de la terapia humanística-existencial es incrementar el autoconocimiento y los potenciales de selección, es decir, que la persona sea libre y responsable de la dirección de su vida.

De lo anterior, se desprende que la terapia tiende además a ayudar a los consultantes a enfrentar la ansiedad de escoger por sí mismos y a aceptar la realidad de que son más que el producto de una serie de fuerzas deterministas.

Dentro de su quehacer terapéutico, el profesional humanístico-existencial realiza nueve acciones diversas, agrupadas de acuerdo a Buhler & Allen (1972):

1. Acepta la importancia de un enfoque de persona a persona.
2. Reconoce el papel de la responsabilidad del terapeuta.
3. Reconoce la mutualidad de la relación terapéutica.
4. Comparte una orientación basada en el "autoconocimiento".
5. Debe involucrarse con el consultante como una persona total.
6. Se acepta que la decisión final y selecciones son, de forma exclusiva, del consultante.
7. El terapeuta es un modelo cuyo propio estilo de vida e imagen humanística demuestra al consultante su propio potencial para la acción positiva y creadora.
8. Se considera que el consultante es libre para expresar su punto de vista y desarrollar sus propias metas y valores.
9. Trabaja para disminuir la dependencia del consultante e incrementar su libertad.

En contraposición con otros enfoques terapéuticos, el humanístico-existencial no tiene técnicas definidas, por lo que éstas se toman de otras corrientes, siendo más comunes las de la Gestalt, análisis transaccional y psicoanalíticos.

Corey (1977) plantea una serie de propuestas respecto a la práctica de la psicoterapia humanística-existencial en función del autoconocimiento, libertad y responsabilidad; necesidad de individualidad y de otros, búsqueda de significado y autoconocimiento, la ansiedad como condición vital y consciencia de muerte.

Autoconocimiento

Como se dijo, el ser humano posee la autoconsciencia, que constituye la base de sus capacidades de pensamiento y selección. Por tanto, el incrementar el autoconocimiento es la forma de incrementar la capacidad para experimentar la vida.

Cuando un individuo lo adquiere, se percata de su finitud, de su potencial para actuar o no, de la capacidad de elegir y, por tanto, determinar su futuro, aunque sea parcialmente; de su soledad y de su necesidad de relacionarse con otros; de que la ansiedad existencial es parte de la vida, ya que al incrementar nuestras opciones, también deberemos aumentar nuestra responsabilidad por sus consecuencias; de que la ansiedad resulta del hecho de aceptar lo incierto de nuestro futuro y que podemos experimentar soledad, culpa, aislamiento y vacío.

A continuación, se transcriben algunas experiencias de autoconocimiento que, según Corey (1977), llegan a obtener los consultantes durante la terapia:

1. Se percatan de que por buscar en forma desesperada que se les ame, pierden la experiencia de sentirse amados.
2. Perciben cómo cambian las ansiedades del decidir por sí mismos, por la seguridad de la dependencia.
3. Reconocen cómo intentan negar sus inconsistencias y aceptar, en sí mismos, aquello que les parece aceptable.
4. Ven que su identidad se basa en la definición que otros tienen de uno y que buscan aprobación y confirmación de su ser en otros, en vez de buscar la confirmación en sí mismos.
5. Se percatan de que se mantienen prisioneros en diversas formas, por decisiones y experiencias pasadas.
6. Descubren muchas facetas en ellos mismos y se dan cuenta de que, al reprimir una parte de su ser, reprimen otra, por ejemplo: si niegan su odio, niegan también su capacidad de amar; si reprimen la tragedia, se impiden gozar la alegría, entre otras.
7. Aprenden que no están condenados a que su futuro sea una copia del pasado, puesto que pueden aprender de éste, y al comprenderlo, ser capaces de reformar el futuro.
8. Se dan cuenta de que por estar tan preocupados por la muerte y el morir, se olvidan de apreciar la vida.
9. Aceptan sus limitaciones y aun sentirse valiosos, puesto que entienden que no necesitan ser perfectos para valer.
10. Se percatan de que pierden la oportunidad de vivir el presente por una preocupación excesiva por el pasado. Por que sólo planean para el futuro, o bien porque tratan de hacer demasiadas cosas a la vez.

Libertad y responsabilidad

El enfoque humanístico-existencial coloca en el centro de la existencia del individuo a la libertad, la autodeterminación, la voluntad y la decisión.

Desde el punto de vista existencial, el hombre, a través de sus decisiones, labra su destino y da forma a su existencia. La tarea terapéutica consiste en ayudar al consultante a ver los mecanismos que usa para evitar aceptar la libertad. El terapeuta debe enseñarle al consultante que puede empezar a elegir, a tomar decisiones, aunque haya pasado la mayor parte de su vida huyendo de la libertad de hacerlo.

Necesidad de individualidad y de otros

Toda persona necesita conservar su individualidad, pero al mismo tiempo, requiere salir de sí mismo para relacionarse con la naturaleza y con otras. La falta de relaciones resulta en soledad, enajenación, extrañamiento y despersonalización.

El resultado del vacío interior y de la falta de identidad personal es el refugio de la persona en el anonimato de la muchedumbre.

El consultante debe lograr el valor de ser y dejarse ser. La tarea del terapeuta es retar al primero a que note que no es más que la suma de cualidades de otros, quienes a su vez le imponen y demandan; de cómo evita el contacto íntimo con los demás y cómo se evita a sí mismo el llevar relaciones equitativas. Igualmente, le ayuda a encontrar formas de relaciones satisfactorias y enriquecedoras.

En cuanto a la soledad, los existencialistas postulan que es parte de la condición humana y, por tanto, el hombre debe aprender a estar solo, para poder acercarse a otros, en realidad. En este sentido, el individuo es un ser que necesita relacionarse con otros y ser significativo en el mundo de alguien, a la vez que requiere la presencia de ese otro como parte importante de su mundo. Cuando permite que otra persona sea importante en su mundo, se experimenta una sensación de asociación significativa, en tanto que si se está privado, sólo se establecen relaciones dependientes, simbióticas y parásitas con los demás.

Búsqueda de un significado

Los seres humanos buscan siempre un significado para la vida y su identidad personal. La terapia existencial proporciona el marco conceptual para ayudar al consultante a buscar el significado de su vida a través de preguntas como: ¿estás satisfecho con lo que eres y en lo que te estás convirtiendo? ¿Estás haciendo algo en forma activa para acercarte a tu ideal? ¿Sabes qué es lo que quieres? ¿Te gusta la dirección que lleva tu vida?

Cuando un consultante, luego de cuestionarse, descarta un sistema de valores tradicionales que le fueron impuestos, el terapeuta debe ayudarlo a crear un nuevo sistema basado en una forma de vida conforme a la manera de ser del consultante. El profesional debe confiar en la capacidad de éste para lograrlo, puesto que esta confianza le enseña a creer en su aptitud creativa y a descubrir una nueva fuente de valores en sí mismo.

Victor Frankl (1959) creó la logoterapia para ayudar a las personas a encontrar un significado a la vida. Uno de los valores a veces repudiado y censurado de la adolescencia es, en forma precisa, el cuestionamiento de los valores y la crítica a las contradicciones que se observan en el mundo. La terapia debe llevar al cuestionamiento activo para que el consultante descubra un significado para su vida, y dejar así de vivir en el vacío y frustración existencial. Esto es considerado por los existencialistas como neurosis.

Otra condición es la culpa existencial, que nace de una sensación de no estar completo, de darse cuenta de que uno no es lo que hubiera podido ser por haber restringido las posibilidades y, por ello, la culpa nos enferma. La enfermedad es el fracaso por no convertirse en lo que habíamos podido ser.

La salud psíquica, para los humanistas-existenciales, es el uso pleno de los potenciales humanos.

La ansiedad como inherente a la vida

La ansiedad no es necesariamente patológica, ya que también puede ser una fuerza motivacional. Un estímulo para crecer, porque conforme uno se percata de la libertad y de las consecuencias de aceptarla o rechazarla, ésta aparece como señal de un cambio trascendente. La ansiedad surge en quien desea enfrentarse consigo mismo y que, a pesar de tener la valentía de hacerlo, tiene miedo.

El terapeuta existencial no se dedica sólo a aliviar síntomas o a reducir la ansiedad; ésta puede ser producto del paso de una vida dependiente a una autónoma y, conforme el consultante confíe en su propio “yo”, la ansiedad disminuirá.

Consciencia de la muerte y del no ser

Los existencialistas dicen que la vida tiene significado porque hay un límite temporal; si se tuviera todo el tiempo no habría prisa por desarrollar los potenciales. Es a causa de la finitud que el momento presente importa. El presente es lo más apreciado, porque es lo único que se tiene en realidad. Como dice Corey (1977): “el temor a la muerte ronda sobre aquéllos de nosotros que tememos abrir nuestros brazos para abrazar plenamente la vida”. Al respecto, May (1953) dice: “el precio de negar la muerte es una ansiedad indefinida y la autoenajenación. Para que el hombre pueda comprenderse a sí mismo por completo, debe confrontar la muerte y darse cuenta de la propia”. Para Frankl (1959), la muerte le da significado a la vida, ya que si se fuera inmortal, se podría diferir la acción de manera permanente, mas por ser finitos lo que se haga ahora tiene un significado especial.

En cuanto a la aplicación terapéutica de estos conceptos, el profesional y el consultante deben tener consciencia de que para poder crecer tienen que dejarse ir porciones del pasado. Algunas partes de nosotros deben morir para permitir el surgimiento de nuevas dimensiones de nuestro ser.

La lucha por la autorrealización

La autorrealización es la tendencia del hombre a ser todo aquello que pueda.

Los seres humanos buscan convertirse en personas, es decir, tienden a desarrollar su individualidad y singularidad, a descubrir su identidad personal y a realizar sus potenciales. En la medida en que desarrollan éstos al máximo, experimentan bienestar y alegría. La lucha del hombre se da por la dicotomía entre seguridad de la dependencia y satisfacción, a veces dolorosa, del crecimiento.

Maslow (1968) planteó la existencia de la “psicopatología del promedio”, en la que establece que las personas llamadas “normales” nunca crecen ni buscan el desarrollo de sus potencialidades humanas. Por tanto, crea una diferencia entre personas sanas y “normales”, y en su búsqueda de una psicología humanista que resaltara los potenciales del hombre, sus investigaciones dieron como resultado algunas características de la persona que se autorrealiza:

1. Capacidad para tolerar y aun aceptar, con beneplácito, cierta inseguridad en sus vidas.
2. Aceptación de sí mismo y de los demás.
3. Capacidad para ser espontáneo y creativo.
4. Existencia de una necesidad de privacidad y soledad.
5. Autonomía.
6. Capacidad de relaciones interpersonales profundas e intensas.
7. Un interés genuino por otras personas.
8. Sentido del humor.

9. Autodirectivos (en contraposición a la tendencia de vivir en base a las expectativas de otros).
10. Ausencia de dicotomías artificiales en su propio ser (tales como trabajo/juego; amor/odio; debilidad/fuerza, y otras).

En resumen, el enfoque humanista-existencial no reduce al hombre a una masa de instintos o al producto de un condicionamiento. Se aboca a la naturaleza humana, enfatiza la importancia de la relación terapeuta y consultante, y da al último la libertad para decidir su destino. Es una filosofía que sirve de base en el desarrollo de un estilo personal de psicoterapia, ya que se enfoca a los problemas centrales de individuos contemporáneos, quienes, a final de cuentas, son los que acuden al consultorio.

Al contar con pocas técnicas específicas en este enfoque psicoterapéutico, quien desee aplicarlo utilizará otras y procedimientos de diversas escuelas, o bien desarrolladas por el propio terapeuta. Sin embargo, según el autor, este enfoque le ha servido para una comprensión mayor de sus consultantes, a buscar las formas más efectivas de ayudarlos y para lograr, cada día como persona y terapeuta, una autorrealización más grande.

Los autores de esta escuela merecen, en opinión del autor, especial atención por su aplicabilidad al campo que nos ocupa, de ahí que se aborden algunos de ellos.

Terapia centrada en el consultante

Este enfoque fue desarrollado por Carl Rogers, quien rechaza el concepto de las tendencias básicas negativas del ser humano. Rogers manifiesta fe en el hombre, lo que tiene implicaciones significativas para la práctica de la terapia.

Rogers no concibió a esta escuela como un dogma; por el contrario, la consideró una teoría en evolución y, a sus planteamientos, una serie de principios tentativos.

En esta terapia se precisa la responsabilidad y capacidad del mismo para descubrir medios y hallar la realidad; se enfatiza el mundo fenomenológico del paciente, quien a su vez experimenta el crecimiento psicoterapéutico a través de la relación con otra persona que le ayuda a hacer lo que él solo no logra.

Rogers postula la hipótesis de que ciertas actitudes, por parte del terapeuta, como: genuinidad, aceptación, calidez no posesiva y empatía, las cuales constituyen las condiciones suficientes y necesarias para la efectividad terapéutica.

Una meta primordial dentro del proceso terapéutico es proporcionar un ambiente que ayude al individuo a ser una persona funcional. Esto es, la necesidad de dejar de utilizar las máscaras que se traen y los juegos que se realizan para relacionarse, puesto que lo que se usa para engañar a otros, termina convirtiéndose en extraño para quien lo utiliza.

Describe a la persona, que se mueve hacia la autorrealización, en base a cuatro características: 1) apertura a la experiencia, 2) confianza en su organismo, 3) capacidad para la autoevaluación, y 4) el deseo de considerarse a sí mismo como un proceso.

La apertura a la experiencia contiene el ver la realidad sin distorsionarla, para incluirla en una estructura propia preconcebida. Significa que las propias creencias no son rígidas y que se puede tolerar la ambigüedad.

La confianza en su organismo implica que el consultante desarrolle ésta en sí mismo, ya que al iniciar la terapia suele no tenerla.

La capacidad para autoevaluarse significa buscar solución a problemas existenciales, más en uno mismo que en otros.

El considerarse a sí mismo como un proceso, es un concepto crucial en contraste con la tendencia a conceptuarse como un producto. Aunque el consultante llegue a terapia buscando obtener la fórmula para lograr un estado feliz y exitoso (un producto), debe terminar con la convicción de que el crecimiento es un proceso constante.

Los estudios con respecto a este enfoque terapéutico indican que los cambios en la personalidad del consultante se inician más en base a las actitudes del terapeuta, que por diversas teorías y técnicas. De manera básica, el terapeuta se “usa” a sí mismo como instrumento para el cambio. La función del profesional es establecer un clima terapéutico que facilite la apertura y la comunicación del consultante y, por consiguiente, su crecimiento. El consultante se mostrará menos defensivo y, de esta manera, más abierto a las posibilidades en sí mismo y con el mundo. Se crea una relación de ayuda basada en el aquí y ahora, en la que el terapeuta ingresa al mundo del consultante, de tal forma que este último sienta la libertad de explorar áreas de su vida que no aceptaba o tenía distorsionadas.

Conforme avanza la terapia, el consultante percibe y expresa una gama mayor de sus emociones, externaliza con más facilidad y aceptación aquéllas que previamente le parecían inadecuadas o inaceptables como sus miedos, ansiedades, culpas, vergüenza, enojo, odio y otros. El consultante se mueve hacia una mayor apertura con menos defensas, más en contacto con sus sentimientos presentes y menos atado al pasado: con más libertad para tomar decisiones y, a la vez, con mayor confianza en sí mismo para dirigir en forma efectiva el curso de su vida.

Rogers crea una controversia, ya que niega la necesidad de un diagnóstico preciso y considera que sólo se necesitan seis condiciones para que ocurran cambios en el consultante:

1. El contacto psicológico entre dos personas.
2. El consultante está vulnerable, ansioso o en estado de incongruencia.
3. El terapeuta está congruente e integrado en la relación.
4. El profesional experimenta respeto incondicional por el consultante.
5. El terapeuta experimenta y ejerce empatía del entorno y marco de referencia del consultante.
6. Que el consultante sienta y experimente la empatía del terapeuta.

Las controversias suscitadas por Rogers se deben a que no consideran esenciales diversas condiciones que otras corrientes valoran como básicas.

Como se mencionó, la piedra angular de este enfoque radica en las características y actitudes del terapeuta, siendo esenciales tres: 1) la congruencia o autenticidad, 2) el respeto incondicional, y 3) la empatía.

La **autenticidad o congruencia** implica que el terapeuta sea auténtico, espontáneo, que exprese de manera abierta sus sentimientos, positivos o negativos. Al expresarlos, el terapeuta facilita la comunicación con el consultante. Al ser auténtico, el profesional sirve como modelo de un ser humano que lucha por ser más auténtico y congruente. Las congruencias requieren que él manifieste su aburrimiento, gusto, disgusto, atracción, pre-ocupación, fatiga, y otros. Claro, esto no significa que lo haga en cualquier momento o que las sesiones se conviertan exclusivamente en la discusión de sus sentimientos. Tampoco

quiere decir que sólo el terapeuta puede ser una persona autorrealizada, ya que considerando que también él es un ser humano, tampoco puede esperarse que sea auténtico en forma total.

El **respeto incondicional** implica la expresión sentida por medio de actitudes que signifiquen: “te acepto como eres”. El cuidado y el afecto al consultante deben estar libres de cualquier juicio de valor respecto a que sus pensamientos, sentimientos y comportamiento sean buenos o malos. La aceptación es reconocer los derechos del consultante a tener sus sentimientos, sin que ello implique la aprobación de toda conducta. El terapeuta debe atender y comprender, aunque no siempre justifique o acepte.

Para Rogers, mientras mayor sea la aceptación del consultante con cariño, cuidado y calidez, habrá más oportunidades de facilitar su cambio.

La **empatía** implica que el terapeuta perciba los sentimientos del consultante como si fueran propios, pero sin dejarse llevar por ellos. Debe comprender con sensibilidad y claridad la experiencia y sentimientos del consultante durante la terapia.

La empatía no se refiere sólo a los sentimientos esperados por el consultante, va más allá, hasta los que muchas veces éste no se atreve a expresar; de esta manera, el terapeuta ayuda a la expresión abierta de éstos.

La empatía es un sentido de identificación personal con el consultante; el terapeuta debe compartir el mundo subjetivo de la persona mediante la utilización de sus propios sentimientos, los cuales pueden ser como los del propio consultante; todo ello sin perder su individualidad y situación objetiva.

La terapia centrada en el consultante es bastante útil en el área de la sexualidad. Sus postulados coinciden con las actitudes requeridas por el terapeuta sexual, en cuanto a que la sexualidad con sus sentimientos es la dimensión que más reprimen los consultantes. Los problemas y el comportamiento sexuales siempre se matizan por un sentimiento de vergüenza y “anormalidad”. Sexualidad significa amor, y el terapeuta sexual debe ser empático, respetuoso y auténtico, condiciones también inherentes al amor. Amor por sí mismo, por los seres humanos, por la naturaleza y por la vida que, en esencia, es lo único que tenemos los seres humanos.

El autor ratifica que es ésta una filosofía terapéutica que guía los comportamientos y actitudes durante el acto de terapia, que se enriquece de manera ecléctica con diversas técnicas. Por último, no concibe una acción terapéutica si no conlleva afecto, empatía, respeto y autenticidad.

Terapia Gestalt

La terapia Gestalt, desarrollada por Frederick S. Perls, concibe la naturaleza humana en base a la filosofía existencial y fenomenología. Enfatiza conceptos como expansión de consciencia, aceptación de la propia responsabilidad, unidad de la persona y vivencia de las formas en que la consciencia es bloqueada. La terapia se enfoca a restaurar la consciencia e integrar las dicotomías y polaridades del propio “yo”.

Para Perls, sólo existe el **ahora**, ya que el pasado se ha ido y el futuro no ha llegado, lo importante es el presente. Una de las aportaciones importantes del gestaltismo es su énfasis en el aquí y ahora. Para muchas personas, el presente se pierde en remembranzas

sin importancia del pasado y renegando sobre cómo hubiera o debiera haber sido la vida, o bien realizando proyectos y planes respecto al futuro. En función de la energía del tiempo que se invierte en el pasado o futuro, se resta energía y tiempo para vivir el presente.

El terapeuta, para ayudar al consultante a centrarse en el presente, le pregunta **¿qué?** y **¿cómo?**, en vez de **¿por qué?**, y propicia un diálogo en tiempo presente. Perls ayuda a que la persona se ponga en contacto con su experiencia en forma vívida e inmediata, en lugar de sólo hablar de ella.

Para la Gestalt existe un concepto clave que es “asunto no terminado”, que el autor prefiere llamar “asignatura pendiente”.

El “asunto no terminado” o “asignatura pendiente” es alguna circunstancia del pasado que dejó sentimientos de coraje, odio, dolor, ansiedad, tristeza, abandono, frustración, y otros. Aunque los sentimientos no se expresen, se asocian con recuerdos y fantasías precisas. Al no estar conscientes de manera plena, estos sentimientos permanecen ocultos y se adhieren al presente en formas que interfieren para un contacto efectivo con uno mismo y los demás. La “asignatura pendiente” persiste hasta que la persona se enfrenta y procesa los sentimientos no expresados.

Un ejemplo puede ser el de un individuo que nunca se sintió aceptado o amado por su madre. Él desarrolla resentimiento contra ella, puesto que a pesar de sus esfuerzos para ser aceptado y aprobado, nunca obtuvo respuesta. Para desviar su necesidad busca mujeres que le confirmen que vale y es aceptado; sin embargo, manifiesta que no está satisfecho y es probable que esto se deba a que la “asignatura pendiente” con la madre le impide vivir y valorar la intimidad que ha logrado con otras mujeres.

Para Perls, el peor tipo de “asignatura pendiente” es aquella que conlleva resentimiento, ya que cuando éste no se expresa, por lo general, se convierte en culpa. Dice: “cuando sientas culpa, descubre contra qué estás resentido, exprésalo y establece tus demandas en forma explícita”.

Una meta de este enfoque es hacer que el consultante no dependa de otros. Para Perls, la meta de la terapia es el no ajuste a la sociedad, pues considera a la personalidad básica de nuestro tiempo como neurótica, ya que vivimos en una sociedad enferma. Los hombres tenemos –dice– la elección entre formar parte de la enfermedad colectiva o correr el riesgo de ser sanos.

En este enfoque, el terapeuta ayuda a los consultantes a experimentar sus sentimientos, lo que permite efectuar sus propias interpretaciones. El terapeuta evita hacer consideraciones concentrándose en cómo se comporta el consultante, quien a su vez identifica su “asignatura pendiente” y procesa los elementos que lo bloquean e impiden su crecimiento. Esto se realiza principalmente por medio de revivir situaciones pasadas como si estuvieran sucediendo en el presente. El terapeuta cuenta con muchas técnicas a su disposición, teniendo en común estar diseñadas para intensificar la experiencia directa e integrar los sentimientos que están en conflicto.

A continuación se mencionan en forma breve algunas de las técnicas que se utilizan.

Diálogo

El conflicto existente entre dos polos de la personalidad se encubre por el mecanismo de la introyección. Este consiste en incorporar aspectos de otra persona a nuestro sistema del

“yo”. La técnica de la “silla vacía” es un medio para que la persona exteriorice lo introyectado. Se colocan dos sillas en el centro de la habitación, pidiéndosele al consultante que se siente sobre una y actúe como el “perro de arriba”, o sea, el autoritario, moralista, demandante y manipulador, es decir, el padre crítico que se expresa con “debes” y “hubieras” y que manipula amenazando con catástrofes. Luego se cambia a la otra silla para ser el “perro de abajo”, es decir, con el papel de víctima, a la defensiva, pidiendo perdón, desvalido y débil. De esta manera, el consultante trae a la superficie lo introyectado y resuelve el conflicto aceptando ambas partes.

Esta técnica es útil para conflictos comunes interiores como: padre contra niño, responsable contra impulsivo, puritano contra sensual, propio “yo” agresivo contra pasivo, autónomo contra agresivo, y otros.

La ronda

Es un ejercicio en el que una persona de un grupo circula con cada integrante y habla o hace algo con cada quien. El propósito es confrontar, arriesgar y mostrar el “yo” y, de esta manera, experimentar un nuevo comportamiento. Este ejercicio es útil en situaciones en las que, a manera de ejemplo, una persona dice al grupo: “No puedo expresarme porque no siento confianza”. Se le pide que pase ante cada miembro del grupo y complete la frase: “No te tengo confianza a ti porque...”.

Tengo un secreto

Permite explorar sentimientos de culpa y vergüenza. El terapeuta le pide al consultante que viva en su fantasía un secreto personal muy privado. Después, debe imaginarse la reacción que tendría cada persona si revelara el secreto. Debe actuar de inmediato las reacciones de cada uno.

Inversión

Muchas conductas y síntomas representan inversiones de impulsos subyacentes latentes. El terapeuta le solicita al consultante, que se queja de ser tímido y avergonzado, que actúe como un exhibicionista.

Exageración

En la terapia Gestalt es importante el lenguaje y la expresión corporal. Aquí, se pide a la persona que exagere, de manera repetida, movimientos y gestos; con ello se intensifica el significado, el sentimiento que acompaña al comportamiento, con lo que el primero se aclara. Algunos gestos y movimientos en los que puede aplicarse son: sonreír al referir algo desagradable o triste, temblar, cruzar los brazos, hacer muecas y otros. Esta técnica también puede utilizarse con expresiones verbales.

Quedarse con el sentimiento

Esta técnica se utiliza cuando un consultante menciona, en un momento clave, un sentimiento desagradable, el cual quiere que desaparezca con urgencia. El terapeuta solicita a éste que lo conserve en vez de rechazarlo, que lo viva en plenitud y profundice en él. El experimentar y confrontar estados de ánimo dolorosos, requieren valor pero también indican el deseo de soportar la angustia necesaria para dejar salir emociones indeseadas y, así, abrir el camino hacia nuevos niveles de desarrollo y crecimiento personal.

Sueños

Los sueños no se interpretan como en el psicoanálisis; la técnica consiste en traer, lo mejor posible, el sueño al momento presente. Para ello, el consultante lista personas, detalles, sucesos y contenido emocional del sueño. Después, se convierte y actúa en cada una de las personas y situaciones, inventando un diálogo. Para Perls, cada una de las partes del sueño son expresiones de nuestros puntos contradictorios e inconsistentes. Al dialogar estos puntos opuestos, se adquiere consciencia de los sentimientos y se logra integrarlos. Considera el sueño como la expresión espontánea de la existencia del hombre, como “la vía regia a la integración”.

Diversos aspectos del gestaltismo se aplican a la psicoterapia de las disfunciones sexuales dependiendo siempre de las metas individuales fijadas en la estrategia terapéutica integral. Sin embargo, su mayor aplicación es en la situación de grupo y con aplicaciones importantes en la educación, al igual que muchos de los conceptos de Rogers que ya fueron expuestos.

Terapia racional emotiva

Fundada por Albert Ellis, es un modelo que enfatiza funciones como pensar, juzgar, decidir, analizar y hacer. Esto la aparta de otras escuelas, y la convierte en un formato didáctico, directivo y que se ocupa más del pensamiento que de los sentimientos.

La terapia racional emotiva asume que las personas nacen con un potencial de pensamiento racional “recto”, e irracional “desviado”.

Para Ellis, la neurosis es el pensamiento y comportamiento irracional: las emociones son producto del primero. Cuando pensamos que algo no está bien, entonces nos sentimos mal al respecto. La persona no requiere ser aceptada y amada, aunque ello es deseable, por lo que el terapeuta le enseña a ésta a no sentirse lastimada, a pesar de no ser aceptada o amada por individuos importantes para ella.

Algunas de las principales ideas irracionales que se internalizan en forma continua y que de manera inevitable conducen a la derrota y destrucción son:

1. De que se debe ser aprobado y amado por todas las personas que no son importantes.
2. De que para ser valioso hay que ser competente, adecuado y exitoso en todo aspecto.
3. De que algunas personas son malas y, por ello, deberían ser castigadas.
4. De que es más fácil evitar que enfrentarse a ciertas responsabilidades.
5. De que es catastrófico que las cosas no sean como uno desea.

6. De que la infelicidad humana tiene causas externas y que el hombre no puede hacer nada para evitarla.
7. De que el pasado influye de manera determinante en el presente y afecta, una y otra vez, en circunstancias similares.

La teoría y práctica de esta terapia se basa en la teoría del A-B-C de la personalidad. En esencia, significa que si A es un evento o suceso, C no es consecuencia directa de A, sino que B, que es lo que la persona piensa de A, es lo que provoca C.

De acuerdo con ésta, si una persona sufre una disfunción sexual, por decir incompetencia eréctil o hipolubricación (A), está ansiosa, preocupada y deprimida (C). Para Ellis no es la disfunción (A) lo que provoca estos sentimientos, sino el temor a ser inadecuado, fracasado, rechazado y perder al(la) compañero(a) (B). Por tanto, los seres humanos somos, en gran medida, responsables de crear reacciones y alteraciones emocionales.

Los problemas emocionales se crean a través de ideas y pensamientos como: “yo tengo la culpa, soy un fracasado, no sirvo para nada, me siento solo y abandonado, pobre de mí, soy muy desventurado, tengo mala suerte” y otros.

Ellis considera que el ser humano, como ser pensante, puede entrenarse para cambiar o eliminar los pensamientos y creencias que se constituyen en un sistema autodestructivo.

El proceso terapéutico se considera, en esencia, un desarrollo de enseñanza-aprendizaje que consiste en curar la irracionalidad por medio de la racionalidad. Las actividades terapéuticas tienen como meta ayudar al consultante a liberarse de ideas ilógicas para sustituirlas por lógicas.

Para lograrlo, el terapeuta cumple tareas específicas, por ejemplo: mostrar al consultante cómo sus problemas se relacionan con creencias irracionales; demostrarle que se mantienen activas sus alteraciones emocionales porque sigue pensando en forma ilógica y continúa repitiendo frases autodestructivas; después se intenta que el consultante abandone estas ideas irracionales y, al final, se le reta a desarrollar una filosofía racional de la vida y pueda, de esa manera, liberarse de ser víctima de otras creencias irracionales.

Para Ellis, aunque reconoce como deseable una buena relación terapeuta y consultante, le parecen de menor importancia la calidez, el afecto y la empatía.

La técnica esencial de esta terapia es la enseñanza activa y directiva. Se utilizan diversos métodos conductuales en forma directiva, si se usan tareas que debe cumplir el consultante; con lo que se le da oportunidad de practicar un contracondicionamiento acompañado de un marco de creencias racionales.

Esta técnica tiene amplias aplicaciones para el sexoterapeuta, aun para el autor, quien utiliza ésta con una filosofía humanista-existencial subyacente, lo que no implica contradicción alguna para él, sino por el contrario, cree que la enriquece y le da el significado afectivo del que carece la terapia racional emotiva.

Para finalizar este capítulo, se aborda el análisis transaccional, el que por ser relativo a las transacciones humanas, sirve como introducción al capítulo siguiente referente a las técnicas para abordar los conflictos de la pareja.

Análisis transaccional

Desarrollado por Eric Berne (1973), se basa en una teoría de la personalidad relacionada con el análisis estructural y transaccional, en la que se analizan tres estados independien-

tes del “yo”: el **padre**, el **adulto** y el **niño**. El análisis transaccional es autodeterminista y considera que la gente es capaz de trascender los condicionamientos y programaciones tempranas. Una razón por la que las personas acuden al terapeuta es porque entran en juegos y conspiraciones con otras personas.

De los tres estados del “yo”, el **padre** es la parte de la personalidad que introyectó a los padres y figuras paternas. Esta parte del “yo” contiene los “debieras y “hubieras”. Puede ser protector o crítico, en cada uno de nosotros.

El **adulto** es el procesador de la información, es la parte objetiva y analítica de la personalidad que funciona con los hechos y la realidad externa.

El **niño** son los sentimientos e impulsos. Puede ser uno de tres tipos: el **natural** que es el espontáneo, impulsivo y expresivo; el **pequeño profesor** es la sabiduría natural e intuitiva, y el **adaptado** que es la modificación del natural, por efecto del entrenamiento, de las malas experiencias o de las demandas.

Los “guiones” de la vida son las enseñanzas tempranas que se reciben de los padres, así como las decisiones que se toman en la infancia y que se traen hasta la edad adulta. Estas decisiones tempranas contribuyen a que la persona se sienta como un ganador (“Yo estoy bien”) o como un perdedor (“Yo estoy mal”). Los individuos adoptan, en función de los conceptos anteriores, una de las cuatro posturas básicas ante la vida: 1) yo estoy bien - tú estás bien; 2) yo estoy bien - tú estás mal; 3) Yo estoy mal tú estás bien, y (4) yo estoy mal - tú estás mal.

Según el análisis transaccional, una vez que la persona adopta su postura no cambia, a menos que una intervención externa la transforme. La postura sana es la del ganador: yo estoy bien - tú estás bien. La postura yo estoy bien - tú estás mal, es de personas que culpan siempre a los demás y que les proyectan sus propios problemas con una actitud arrogante y autosuficiente, que mantiene a éstas a distancia de las demás. Yo estoy mal - tú estás bien, es la situación de la persona deprimida, insegura ante los demás y que tiende a ser dependiente y, en algunos aspectos, servil. El individuo en posición yo estoy mal - tú estás mal es aquél que perdió toda esperanza e interés por la vida.

Para el análisis transaccional es fundamental que a las personas les guste ser tocadas física y emocionalmente. Cuando un individuo decide el guión de su vida, también determina el tipo de caricias que se permitirá recibir, pudiendo ser positivas o negativas. Las positivas son fundamentales para el desarrollo de una persona sana, de manera psicológica, y consisten en palabras, tocamientos, miradas o gestos. Las negativas son mensajes verbales que agreden a la persona en su dignidad y que la hacen sentir insignificante. Sin embargo, son preferibles las negativas a la ausencia de caricias, puesto que esto último significa indiferencia.

De acuerdo a Berne (1973) y Harris (1969), hay seis tipos de transacciones entre la gente y son: 1) retiradas, 2) rituales, 3) actividades, 4) pasatiempos, 5) juegos y 6) intimidad. Las primeras cinco separan a la gente, pero son útiles para obtener caricias; los juegos son eminentemente manipuladores y la intimidad es la forma óptima para que se establezca el contacto requerido.

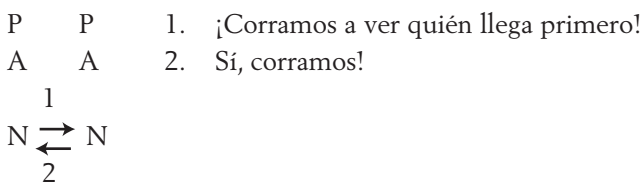
Los juegos son vistos como intercambios de caricias que llevan a “pagos” o malos sentimientos. Los más comunes son: “**pobre de mí**”, “**mártir**”, “**sí, pero**”, “**si no fuera por ti**”, “**mira lo que me hiciste hacer**”, “**atormentado**”, “**bullicio**” y “**pata de palo**”. El problema de los juegos es que quienes los realizan desconocen el motivo ulterior y, por ello, al final, los jugadores terminan sintiéndose mal.

El proceso terapéutico implica el conocimiento, por parte del consultante, de los puntos básicos del P-A-N y tiene como meta liberar al Adulto de las influencias contaminantes del Padre y del Niño. El terapeuta funge como maestro que explica conceptos como el análisis estructural, transaccional, de guiones y de juegos; también estimula y enseña al consultante a confiar en su propio adulto en vez de confiar en el del profesional. En el análisis transaccional se utilizan técnicas tomadas de diversas fuentes, en especial de la Gestalt.

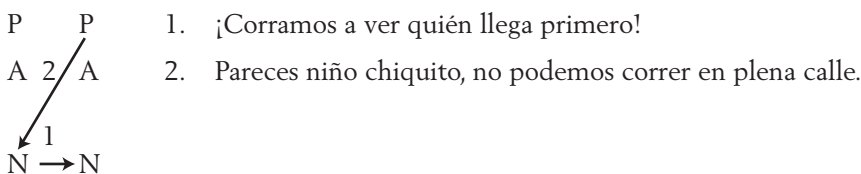
El análisis estructural es una herramienta por medio de la cual, la persona se da cuenta del contenido y del funcionamiento de sus estados del “yo”, es decir, el Padre, Adulto y Niño. A través de este análisis, la persona puede darse cuenta de cuál de los estados del “yo” es la base de su comportamiento. Contempla dos tipos de problemas en relación a la estructura: la **contaminación** y la **exclusión**. La contaminación existe cuando el contenido de un estado del “yo” se mezcla con los del otro. Por ejemplo, cuando el Adulto está contaminado por el Padre, esto suele manifestarse, por ideas prejuiciosas, por ejemplo: “no se puede confiar en los adolescentes”. La contaminación del Adulto por el Niño se expresa por percepciones distorsionadas de la realidad, manifestada con exclamaciones como: “nadie me quiere”. La exclusión existe cuando el Niño bloquea al Padre y al Adulto o cualquiera bloquea a los otros dos.

El Padre constante que bloquea al Adulto y al Niño se encuentra en la persona tan apegada al trabajo y al deber que no juega y es un moralista típico prejuicioso y exigente con él y los demás, y puede también ser autoritario. El Niño constante que excluye a los otros dos estados es el individuo infantil, que no decide por sí mismo, que se niega a crecer, que trata de escapar de la responsabilidad de sus actos y que busca quien lo cuide. El Adulto constante es el individuo que, más que ser humano, da la impresión de ser un robot por su objetividad, frialdad, precisión, falta de sentimientos y carencia de la espontaneidad.

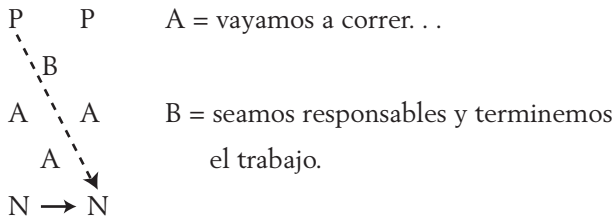
El análisis transaccional se refiere sobre todo a cosas que dicen y hacen entre personas. Existen tres tipos de transacciones: las **complementarias**, las **cruzadas** y las **ulteriores**. Las complementarias se dan cuando un mensaje emana de un estado del “yo”, obteniendo la respuesta esperada del mismo estado de la otra persona. Ejemplo:



La cruzada se da cuando se recibe una respuesta no esperada al mensaje enviado. Ejemplo:



Las ulteriores son más complejas, puesto que en ellas participan más de dos estados del “yo”, y se envía un mensaje disfrazado. Por ejemplo: cuando una persona dijera: ¿Salimos a correr o nos quedamos a terminar el trabajo que hay que entregar mañana?



Otras técnicas usadas en el análisis transaccional: silla vacía, juego de papeles, modelamiento familiar y análisis de rituales, pasatiempos y juegos.

La integración de técnicas gestaltistas con el análisis transaccional es muy útil. Según el autor, el análisis transaccional permite una fácil comprensión de situaciones personales y relaciones, que para algunos consultantes serían difíciles y prolongadas de captar. Nuevamente, aquí depende de la selección de la técnica del problema, del tipo de consultante y de las metas terapéuticas. Desafortunadamente, no se cuenta con reglas para seleccionar una u otra; muchas veces, se puede hablar de intuición o experiencia para seleccionar alguna y, en otras, de la forma de llegar a la técnica o técnicas mixtas adecuadas mediante el método de ensayo y error.

Modelo de terapia cognitivo-conductual

Un enfoque que se menciona como la nueva tendencia o el mayor aporte a la terapia de las disfunciones sexuales es la **terapia cognitivo-conductual**.

La **terapia cognitiva** (también llamada en algunos casos **terapia cognitivo-conductual**) es una psicoterapia a partir de la psicología cognitiva.

Supone una aplicación de la psicología cognitiva en un contexto clínico, es decir, ciencia aplicada al ámbito de la salud.

Tiene por base una concepción cognitiva de los problemas mentales, por lo que los problemas emocionales tienen por base los pensamientos según este paradigma. Incluye un gran conjunto de técnicas conocidas como reestructuración cognitiva.

En realidad, resulta complejo diferenciar cuándo una técnica cognitiva es independiente a la terapia de conducta, ya que comparten un método científico de la psicología. De hecho, las intervenciones cognitivas suelen tener consecuencias conductuales y, a la inversa, como opinan prestigiosos autores de ambos enfoques; por lo que la principal diferencia de ambas escuelas radica en la concepción teórica de la mente.

La terapia cognitiva, como aplicación de la psicología cognitiva, mantiene una concepción psicológica centrada en los procesos mentales (como el razonamiento, memoria y atención) y desde un punto de vista intrapsíquico (entendiendo que existe algo dentro de la mente comparable de unas personas a otras). Por ejemplo, ha sido fructífero en la creación de pruebas/cuestionarios en este sentido, con múltiples aplicaciones de diversa índole.¹

En el 2001, en Australia, McCabe realiza la evaluación de un programa cognitivo-conductual para el tratamiento de disfunciones y problemas sexuales. Valora a 95 varones con una edad media de 46 años y 105 mujeres con una edad media de 36.4 años. Se evaluaron los resultados de la terapia en las siguientes disfunciones: en los varones: eyaculación precoz (21), disfunción eréctil (32) y eyaculación retardada o incompetencia eyaculatoria (5); en las mujeres: anorgasmia (36) problemas con la excitación (18), vaginismo (3) y falta de deseo sexual (43).

Se evaluó un programa cognitivo-conductual de 10 sesiones en todos los casos.

Los resultados mostraron que un importante porcentaje de los que completaron este programa de terapia, seguían teniendo problemas sexuales al concluir el proceso. De hecho, 35.5% de los varones y 40.8% de las mujeres seguían presentando una disfunción el 75 o 100% de las veces. Sin embargo, hubo un cambio significativo en cuanto a que, al inicio, el 100% de los varones y el 61.1% de las mujeres experimentaban problemas sexuales en 75 o 100% de las ocasiones.

La autora señala que otra forma de ver los resultados es que, a pesar de la larga duración de estos problemas, un programa de 10 sesiones llevó a su resolución en un 50% de los casos. De ello deriva la recomendación de hacer programas de mayor duración, lo que seguramente incrementará los resultados de este modelo.

Otro estudio enfocado a las disfunciones femeninas y que plantea excelentes directrices (McCarthy, 2004), señala la tendencia a una excesiva medicalización del tratamiento de las disfunciones femeninas, y propone el modelo cognitivo-conductual que incluye cuatro estrategias:

1. La mujer se responsabiliza de su sexualidad, específicamente desarrolla su “propia voz sexual”
2. Reconoce sus condiciones para tener buen sexo, especialmente el deseo, la cantidad y cualidad de la intimidad y la secuencia del placer no genital y genital.
3. Desarrolla actitudes y habilidades sanas al transicionar al proceso de excitación erótica, y desarrolla un patrón o patrones de excitación-orgasmo.
4. Ve a su pareja como un amigo íntimo sexual, especialmente valora su habilidad para solicitar, guiar el momento y la secuencia de la estimulación erótica y se siente emocionalmente conectada durante y después de la experiencia sexual.

Concluye mencionando que los recursos terapéuticos pueden incluir intervenciones médicas como el sildenafil, la testosterona o suplementos de estrógenos, pero sólo como componentes de un enfoque integral, no como una “píldora mágica” para las disfunciones femeninas.

Otra reflexión de alguna manera reciente, (Weeks, 2005), y digo de alguna manera reciente porque ya en 1985, en la primera edición de esta obra, se hizo el planteamiento que respecto a la necesidad de ver la terapéutica de las disfunciones y problemas sexuales con una óptica integradora. Dice el autor: “este cambio de paradigma es hacia la integración de lo biológico/médico, psicoterapia individual, terapia de pareja y/o marital y los amplios contextos histórico/culturales”.

¹(http://es.wikipedia.org/wiki/Terapia_cognitiva)

Podríamos extendernos en la hegemonía del idioma inglés en la ciencia y lo poco que miran los científicos anglosajones sobre la producción académica en otros idiomas, pero ello rebasa el propósito de este libro.

La multidisciplinariedad conlleva una desventaja, sobre todo para el docente o para quien intente dirigirse a un auditorio con esas características, ya sea en forma verbal o escrita, como este texto. Para lectores versados en las ciencias del comportamiento, las líneas anteriores parecerán superficiales e incluso incompletas en muchos aspectos. En cambio, aquellos médicos o trabajadores de la salud con poca formación en psicología sentirán que les faltan directrices más concretas para enfrentar en forma psicoterapéutica a sus consultantes.

Para quienes trabajan ya en psicoterapia, estas líneas pudieran ser una muestra de la posibilidad de incorporar diversos enfoques y técnicas con el fin de tratar las disfunciones sexuales de los consultantes en forma sólida, breve y económica.

Para aquéllos sin experiencia psicoterapéutica, se muestra, aunque de manera superficial, la complejidad de una tarea que, más que en los libros, se aprende con una práctica supervisada seriamente. Son muchas horas con diversos consultantes las que dan la sensación de ser útiles y, aún así, habrá que ser honestos para reconocer los errores, pero con la certeza de que del análisis de un solo error, se aprende más que con la festinación de mil éxitos. Quienes deseen ingresar al fascinante e incierto campo de la psicoterapia para problemas y disfunciones sexuales, deben procurarse una formación adecuada y seria o, en su defecto, reconocer sus limitaciones.

Al principio del capítulo, el autor declaró su inclinación hacia una orientación humanística-existencial social. Yo no creo en el determinismo absoluto; el ser humano crea y forja su destino en la medida en que realiza sus potenciales humanos y sale de los moldes sociales que se lo impiden. Es optimista, quizás el grado del idealismo, pero también rechaza la explotación del hombre por el hombre y por el sistema, porque ambas llevan a la degradación humana e incapacidad para el logro del crecimiento y el desarrollo personal.

Por último, no concibe al terapeuta incapaz de brindar calor, empatía, respeto e interés por sus consultantes, dado que con cada uno de ellos puede expresarse el amor a la vida y al ser humano que son, en esencia, los valores fundamentales.

16 Terapia en problemas de la pareja

Según el autor, en el estudio de los métodos psicoterapéuticos para resolver conflictos entre parejas, mal llamado terapia marital, surgen problemas similares a los de la psicoterapia general. Se exponen, en principio, diferentes modelos donde se conceptualiza la relación de una pareja, los cuales, como consecuencia, tienden a ciertas modalidades terapéuticas específicas.

Se plantea una interrogante en cuanto a si las respuestas de una persona ante una situación dada, se determinan por la dinámica interna del propio individuo o por las interacciones del presente. Sería reduccionista descartar una en favor de la otra y, en este sentido, se cuenta con una magnífica revisión de Berman, Lief y Williams (1981), en la cual señalan cinco modelos de interacción marital y familiar que contemplan ambas dinámicas: 1) teoría del contrato de Sager; 2) modelo de la relación objetal e identificación proyectiva de Dick; 3) modelo de sistemas familiares de lealtad de Boszormenyi-Nagy y Spark; 4) teoría general de sistemas, y 5) análisis conductual.

A continuación se resumen estos modelos para proporcionar un marco de referencia ecléctico y, después, se revisan técnicas y procedimientos aplicables a un nivel primario de atención.

El modelo de Sager (1976) se centra en las necesidades, deseos y expectativas que cada persona tiene al iniciar la vida de matrimonio (pareja), a las que denomina como el "contrato". Cada miembro conceptualiza éste en términos recíprocos: si doy A, recibiré B, y cada uno actúa como si existiera un mutuo acuerdo respecto a este intercambio. Sin embargo, gran parte del "contrato" es desconocido por la pareja, incluso a veces ni el propio individuo distingue sus partes por estar paralelas a necesidades y deseos inconscientes.

Para Sager, el “contrato” es de tres tipos, originados en el desarrollo infantil de la persona:

1. El que se deriva de la conducta observada y modelada de padres y comunidad, lo denomina: **expectativas del matrimonio como institución**. Este modelo se ejemplifica con expresiones como: “el matrimonio es una célula social básica que proporciona seguridad y educación a los hijos”.
2. Comienza en las necesidades y deseos de la familia de origen y las psicodinámicas internas, lo nombra: **expectativas de lo que como individuo necesito de ti como persona**. Por ejemplo: “necesito satisfacción sexual”, “necesito cuidado, comprensión y cariño”, y otros.
3. Se compone de comportamientos cotidianos e incluye tipos específicos de comunicación e intercambios conductuales, y le llama: **focos externos de problemas**. Éste se refiere a cuestiones como amistades de la pareja, estilo de vida, presiones sociales, y otros.

Sager considera que es importante el grado en que se comparte el contrato individual con la pareja y que puede ser en uno de tres niveles: **verbalizado**, con o sin aceptación del otro; **secreto**, cuando la persona lo conoce pero no lo transmite, por vergüenza o temor a las consecuencias; o bien **fuera de la consciencia**, que son necesidades preconscientes o inconscientes de las que el mismo individuo no está advertido.

De acuerdo a esto, los conflictos de la pareja surgen cuando existen “contratos” incongruentes o imposibles de cumplirse. Pueden ser conflictivos entre la pareja, o bien una persona puede tener un antagonismo interno entre su “contrato” consciente y el inconsciente, o también pueden ser imposibles de cumplir como “sé perfecto”.

El procedimiento terapéutico consiste en ayudar a la pareja a elaborar, explicitar y acordar un “contrato” satisfactorio para ambos.

El modelo de la relación objetal de Dicks (1967) se basa en la identificación proyectiva, como un componente inconsciente importante de la diada. Esta teoría describe cómo los conflictos de la infancia, sobre todo con los padres, son introyectados para manejarse intrapsíquicamente. En el capítulo anterior (sección de Análisis transaccional) se habló de la introyección de la figura del Padre en la estructura del “yo”. Una persona puede introyectar a un padre crítico y a una madre pasiva (situación común en nuestro medio), o a un niño desvalido, que cuando se une en pareja, proyecta en ésta una parte de su “yo” introyectado que rechaza y, por tanto, ha reprimido. De este modo, una mujer repudia y reprime el componente agresivo y crítico de su “yo”, y lo proyecta (ver mecanismos inconscientes de defensa) a su pareja, a quien verá como agresiva y crítica; ella podrá actuar en la pareja como un niño desvalido, pero en el trabajo, será crítica y agresiva con un compañero al que percibe como débil y pasivo.

Este modelo explica, en forma parcial, porqué algunos individuos tienen comportamientos negativos y destructivos, sobre todo en la relación de pareja.

Para que una situación como la descrita ocurra, hay que contar con la colaboración de la pareja; esta última maneja una situación conflictiva intrapsíquica propia y, por tanto, obtiene satisfacción.

La relación íntima de pareja permite que se evidencien conflictos primarios que, por lo común, no se presentan en relaciones más superficiales.

El **modelo de sistemas familiares de lealtad** introduce un aspecto muchas veces olvidado y que, en nuestro medio, puede tener más importancia de la que parece: el enfoque multigeneracional para la comprensión de problemas en la diada.

Cuando dos personas forman una pareja, provienen de sistemas familiares distintos, por lo que el nuevo sistema, dicen Boszormenyi-Nagy y Sparks (1976), está unido a los anteriores a través de las relaciones objetales introyectadas, como se ha visto, y por la participación activa de los padres, y en ocasiones abuelos, en la vida cotidiana de la pareja. Estos autores conciben la relación padres e hijos como aquélla en donde se deben y pagan ciertas cosas, por ejemplo: el cuidado y atención de la madre debe pagarlo el hijo con amor y respeto, por lo que conceptualizan como de suma importancia, en la diada, las lealtades y deudas a pagar de cada uno para con su familia; a lo que denominan “dependencia óptica”.

La importancia y participación de este enfoque varía en función a lo rígida y patológica que sea la familia original, y la libertad que otorgue o no, para pagar las deudas contraídas. Un ejemplo podría ser, una “madre mártir” dedicada a dar a sus hijos atención, comida y todo tipo de cuidados, sin permitir que a ella se le dé algo, argumentando que sólo desea que ellos sean felices. Esta situación crea un “estado de cuentas” no equitativo, en el que un hijo siente que está en deuda con la madre, por lo que siempre intenta compensarla o pagarle, aun cuando forme parte de una nueva pareja. Por lo general, esto ocasiona graves conflictos.

Muchas parejas intentan equilibrar estas viejas lealtades y deudas con las de su nuevo hogar, pero el éxito depende del sistema de “cuentas y cobros” que cada familia tenga.

Viendo esta conceptualización, algunos terapeutas atienden los problemas de la pareja a nivel multigeneracional, incluyendo en la terapia a los padres respectivos y, en ocasiones, a los abuelos.

La **teoría general de los sistemas** es una proposición matemática con postulados y reglas que describen la interacción de los objetos interdependientes. Los elementos de un conjunto forman un grupo que no se suma, sino que tienen valor en función de la interacción en forma sucesiva y permanente de unos con otros. Según Watzlawick (1967), las características de un sistema son tres: totalidad, equifinalidad, y retroalimentación circular.

La **totalidad** significa que cada parte del conjunto se relaciona con las demás, y cuando una cambia, provoca una alteración en las otras. En esencia, cada fragmento no actúa independiente, sino en forma coherente como pieza inseparable del todo.

En la **equifinalidad**, los resultados dados en un sistema circular automodificado son determinados por la naturaleza de los procesos ocurridos en el sistema, más que por la situación inicial que da lugar al cambio. De ahí que se obtienen resultados similares a partir de orígenes diferentes, ya que lo único determinante es la naturaleza de la organización.

La **retroalimentación circular** es la manera como se relacionan los componentes de un sistema, y consiste en cadenas complejas, no lineares, en donde cada respuesta se determina por la anterior, en forma similar a la del mecanismo de retroalimentación hormonal, sólo que más complejo.

La relación de pareja es un sistema que posee las características de tal. Por ejemplo: en una pareja, ella se queja de que no mantienen suficientes relaciones sexuales; él dice que esto ocurre porque ella las pide con mucha frecuencia. Mientras más solicita ella las relaciones, él se encierra y se niega a tenerlas, se vuelve más pasivo y ella se enoja. Ambos

son partes del sistema y están en interrelación; su comportamiento está determinado por **retroalimentación circular** (a mayor demanda M [mujer] - mayor encierro H [hombre] y tiene **equifinalidad** [enojo y disgusto]). Si cambia el comportamiento de cualquiera de los dos, debe cambiar el comportamiento del otro, es decir, que haya **totalidad**.

Un aspecto interesante sucede cuando se considera la teoría general de sistemas al análisis y comprensión de grupos, y es que las interrelaciones se perciben con complejidad mayor a las relaciones de causa-efecto, lo que obliga a una visión más integral de todas las partes de un conjunto y los efectos que producen entre sí. Este enfoque ayuda en psicología a observar más allá del individuo, lo que da una dimensión de gran valor, sobre todo en el análisis de las relaciones y la comunicación. Claro que el estudio, bajo este modelo, no dice algo sobre las motivaciones humanas, porqué empieza o sobrevive una relación; porqué dos personas viven juntas haciéndose la vida imposible por años y, en cambio, otras se divorcian o se separan.

El análisis comportamental o conductual, se revisó en el capítulo 9, en problemas o conflictos de la pareja, por lo cual no se trata aquí.

Por otra parte, a partir de lo anterior, Berman, Lief y Williams (1981) proponen un modelo para la comprensión y estudio de la dinámica de la pareja. En base a esto, se tendrán elementos básicos para estudiar y detectar conflictos de una pareja, y podrán elaborarse metas fundamentadas en la estrategia terapéutica integral. A continuación, se revisan técnicas y procedimientos que permiten alcanzar metas, no debe olvidarse que cuando los problemas sean más complejos, debe buscarse el nivel de atención más adecuado.

Blanck & Blanck (1968) señalaron cinco aspectos del desarrollo personal que contribuyen al crecimiento y fortalecimiento de una relación de pareja, pero que, en caso de no desarrollarse, originan problemas en la diada: 1) establecimiento de una relación sexual satisfactoria, 2) desarrollo de un nuevo nivel de relación interpersonal, 3) completar el nivel de separación psicológica de los padres, 4) incremento de oportunidades para ejercitar la autonomía, y 5) nuevas oportunidades para identificarse.

De esto se desprende que el terapeuta, al abordar los problemas de la pareja, debe integrar y comprender la relación en base al modelo o modelos de su elección, tratar de resolver problemas y carencias, de atracción o relación y propiciar aspectos primordiales de desarrollo en la diada, como respeto, comunicación, empatía e individualidad.

Cuando se pierde el nivel de atracción física, hay dos caminos: cuando no hay posibilidad de recuperar la atracción, por ejemplo, en casos de mastectomía o algún otro tipo de amputación. El terapeuta trata la rehabilitación, conduciendo a los consultantes a desechar modelos consumistas de belleza inculcados, para sustituirlos por conceptos más adecuados y apegados a la realidad, como que la mayoría no calificaría para modelo de "Playboy" o "Playgirl". Segundo, cuando se pierde la atracción física por descuido, falta de limpieza, obesidad, o arreglo personal deficiente. En este caso, la terapia consiste en mostrar al consultante, el papel que juega este descuido y los medios para resolverlo. Sin embargo, aquí se debe estar alerta para detectar si esta negligencia no es reflejo de algún mecanismo subyacente de rechazo o incluso de agresión; si esto fuera, el análisis no cambia la situación, sobre todo en base a las resistencias que se presentan.

Sobre el nivel de atracción intelectual se induce a la pareja a crear y descubrir intereses y actividades comunes, más allá de lo cotidiano. Lo básico consiste en ayudarlos a realizar actividades juntos, que den algo sobre que hablar y compartir de manera intelectual.

El que una pareja logre, por ejemplo, correr por las mañanas, cocinar para un grupo de amigos o desarrollar una actividad creativa artística o intelectual, proporciona un acercamiento y comunicación que ayuda a su desarrollo.

El nivel de atracción afectiva parece estar perdido en muchas parejas y, lo que sucede en ocasiones, es que está oculto entre conflictos y resentimientos que tratan de aclararse en la terapia. En principio, se considera que el que ambos participen en forma activa en la terapia y en la fase de estudio, indica la existencia de este nivel de atracción. Claro que también existen casos donde se encuentra participación activa e interés en la terapia, pero en un miembro de la pareja hay la convicción, consciente o no, de que el fracaso de ésta es la justificación buscada para romper. Este individuo dejará ver sus intenciones y, entonces, debe abordarse esta situación; de preferencia en una consulta individual y luego con la pareja.

Siguiendo los conceptos de Sager, el enfoque más operativo, según el autor, es el de buscar que la pareja: 1) elabore un nuevo contrato para su relación, donde se expliciten “derechos” y “obligaciones” para cada miembro de la diada; 2) establezca mecanismos de comunicación y diálogo, que permitan elaborar el contrato y que favorezcan el enfrentar nuevos problemas a resolver, e incorporar en éste; 3) crear una condición básica de respeto y empatía mutua, y 4) reconozca y ejercite la individualidad en el seno de la pareja.

En el establecimiento de la comunicación, para la elaboración conjunta del nuevo contrato, es importante que cada uno exprese sus necesidades y expectativas. Un medio para lograrlo es el pedir a cada miembro que, en forma individual y por separado, prepare y lleve a consulta dos listas: una con lo que le gusta o place (físico, afectivo, intelectual, y otros) de su compañero y otra, con lo que le disgusta. Éstas no deben discutirse ni mostrarse entre sí. La elaboración propicia, por un lado, un análisis sereno (sin la presión de una disensión o disgusto) de los deseos insatisfechos y, por otro, muestra formas objetivas, no emocionales, de expresar necesidades.

El terapeuta recibe las listas y las fotocopias para conservar duplicado y clasificar por áreas las demandas, y así poder establecer metas y estrategias. Enseguida, la pareja debe ampliar su análisis de éstas, agregar más puntos si lo desea y, a la vez, debe dar prioridad a sus demandas e insatisfacciones a través de un número del 1 al 3, o las letras A, B, o C, ante cada tema. El 1 o A significa que esa demanda o disgusto es importante; si persiste como molestia, destruirá la relación y si no se convierte en satisfactor, existirá frustración inaceptable; el 2 o B significa algo que siendo relevante, es susceptible de aceptación o negociación, y el 3 o C significa que el punto es de menor trascendencia y aun no modificándose, pero satisfaciendo los 1 o A y 2 o B, la relación podría desarrollarse.

Un factor importante, a través del ejercicio de las listas, es inducir a la modificación gradual y sutil de las expresiones negativas como “no me gusta”, a las positivas como “me gustaría”.

Otro factor es ayudar a la pareja a identificar que los problemas y conflictos, que a veces agrupan y les dan un mismo valor, en realidad, cuando se analizan por separado, tienen diferente importancia y trascendencia.

Aun trabajando de manera inicial con las listas, llega el momento de la verbalización de los conflictos. Casi siempre, las parejas con problemas acostumbran presentar sus demandas como quejas y comentarios negativos. En tal caso, el terapeuta debe intervenir para atenuar esta circunstancia, interrumpir la expresión negativa y pedir que explique en qué forma le gustaría fueran las cosas, dando así a un mismo planteamiento un enfoque

positivo en vez de negativo-agresivo. Cuanto más positivos sean los mensajes, mayores son las oportunidades de ser escuchados y atendidos.

Resulta fundamental proporcionar a la pareja las herramientas básicas de comunicación que se mencionaron antes. Éste será un marco excelente para empezar a dialogar las demandas de las listas.

En base a las listas y a las prioridades establecidas, se empieza a elaborar el nuevo contrato por medio de discusión y negociación. En cuanto a esta elaboración, algunos autores proponen que el terapeuta sea quien la haga, Álvarez-Gayou piensa que esta tarea debe realizarla la pareja bajo la guía, modelamiento y supervisión del profesional.

Desde la entrevista inicial, pasando por elaboración de listas, comunicación y realización del contrato, ocurren situaciones que el terapeuta debe saber manejar.

En general, cuando una pareja acude a consulta, es porque, por una u otra causa, siente que no puede continuar en la forma en que está y no es raro que exista enojo, frustración y resentimiento. No puede pedirse a alguien no expresar su estado de ánimo; para el autor, la base de la comunicación estriba en su expresión. Sin embargo, lo que no debe permitirse es que la manifestación de sentimientos se haga a expensas del compañero. La única manera como puede informarse a la pareja la importancia que tiene para el profesional alguna situación, es acompañado de expresiones más o menos intensas de sus emociones. De tal forma que debe lograrse que la pareja comprenda e incorpore, en su procedimiento de discusión, el reconocimiento de que cuando existe una frustración, debe comunicarse con el sentimiento correspondiente, siempre expresado en primera persona (yo siento), pero siempre acompañada de la actividad del cambio deseado, en forma constructiva y enfatizando esto último.

Es importante señalar que el “yo siento” no excusa una calificación a la pareja; por ejemplo, no es válido decir: “yo siento que eres un desconsiderado o desconsiderada”, si existe la expresión del propio sentimiento pero va acompañada de una calificación (negativa) de la pareja.

En ocasiones, uno o ambos tienen muchas afrentas, ofensas y frustraciones acumuladas, sienten que han sido dañados y buscan compensación o herir al compañero de manera franca. Una de las tareas más difíciles del terapeuta es enseñar la forma de posponer la expresión de furia o la agresión. Tras este concepto se encuentra el convencimiento de que el enojo y la agresión no resuelven un problema. Esto lo expresa el dicho popular “el que se enoja pierde”.

A veces, debe interrumpirse al miembro que se encuentra en esta situación, para su protección, la del otro y de la pareja en sí. Como dicen Ables & Brandsma (1977), “...la expresión descontrolada de enojo se experimenta, con frecuencia, como una amenaza de destrucción, tanto del ‘yo’ como de otros. Los individuos que no superan la etapa simbiótica y cuyo ‘yo’ y representaciones objetales están, en forma relativa, indiferenciadas y matizadas de manera negativa, son los más predisuestos a esta situación”.

En realidad, la pareja debe reconocer que aun siendo comprensibles los sentimientos de enojo, deben diferirse por su ineficacia; de tal modo que se encuentren formas moduladas y, sobre todo, funcionales para expresarse.

Por otra parte, un miembro de la pareja puede resentir la intervención del terapeuta y pensar que toma partido con el compañero. En este caso, como en cualquier otro en el que se presente esta situación, el terapeuta debe aclarar que su posición es objetiva, que

en ocasiones tendrá que manejar errores o situaciones poco constructivas para la terapia por parte de uno, del otro o ambos, y su deber es señalarlas sin que ello signifique pérdida de objetividad. El autor hace este planteamiento en fases iniciales y lo reitera cuantas veces sea necesario, en el curso de la terapia. También es útil que la pareja sepa, desde un principio, que el terapeuta no es un juez que determina un culpable o responsable, en los problemas de una pareja siempre son responsables los dos, variarán los porcentajes, pero la responsabilidad es compartida; además se les explica que en el seno de la terapia, los dos tienen siempre la razón, lo que experimentan es real para ellos y que se busca el origen del porqué de lo que sienten.

Una de las maneras en que se intenta detener la agresión o el enojo es propiciando que la pareja otorgue un tiempo que sirva como “enfriamiento”.

Otro procedimiento que ayuda a este “enfriamiento” es el que el autor nombra “foco rojo”, en el que la pareja, una vez que reconoce lo insignificante de la agresión, dispone una señal que usa cualquiera de los dos para detener a la primera. En un principio, es difícil usar y más aún respetar la señal, pero conforme lo logran se excluye uno de los disruptores de la comunicación.

Hay que estar conscientes de que la agresión no sólo es entre la pareja; ya que con frecuencia el profesional es blanco de la misma. Se requiere ecuanimidad y objetividad para comprender la motivación de la agresión.

La empatía también ayuda para desentrañar las motivaciones y continuar con la terapia.

Hablando de empatía, ya se mencionó lo importante que resulta en la relación de pareja. Uno de los métodos más útiles se toma del psicodrama, el cual consiste en solicitar a los miembros de la pareja, ante un problema específico, que cambien de sitio y adopten, de la manera más vívida posible, el papel del otro, tratando de dar los argumentos que conocen o infieren; que defiendan incluso en forma acalorada el punto de vista de quien están personificando. Después del ejercicio, cuando verbalizan sus impresiones, es notable la evidencia de un nivel de empatía, de una mayor comprensión de la postura del otro.

Otra técnica útil es pedir a uno de los dos que actúe una charla con un amigo (la pareja será el amigo que escucha), y que converse respecto a su compañero, quien es una tercera persona que “está” en una silla vacía. Al hablar con el amigo (su pareja), expresa quejas y evaluaciones de su compañero. Después cambian de lugar para repetir la misma acción. Esta técnica ayuda al desarrollo de la empatía, a la vez que ubica a la pareja en el “aquí” y “ahora”, que también es crucial para el éxito terapéutico.

Si existe alguna situación frustrante y que puede consumir de manera infructuosa el tiempo de la terapia, es la tendencia de algún miembro a volver, una y otra vez, a revivir discusiones y planteamientos sobre sucesos del pasado, en los que cada uno trata de mostrar lo mal que actuó el otro. El daño que hizo, lo inconsiderado que fue, y el otro, buscando justificarse o explicar su punto de vista como lo ha hecho en otras ocasiones.

Es fundamental que el terapeuta intervenga y saque a la pareja del círculo vicioso que no permite avanzar en la terapia. Una de las razones por las que se da este comportamiento repetitivo, en el que los consultantes evitan el “aquí” y “ahora”, es porque implicaría en forma necesaria, una confrontación que puede ser incómoda; además, es más fácil volver a patrones de comportamiento bien conocidos.

En este sentido, el autor plantea como una de las reglas iniciales del juego, que la terapia pretende ayudarlos a construir una nueva relación; que los escombros y viejos

materiales anteriores sólo sirven para evitar repetir los errores del edificio que sucumbió, pero que la única preocupación deben ser los cimientos y estructura nuevos. Esto permite, aunado a los otros procedimientos vistos, intervenir y detener la acción cada vez que tienda a suscitarse este evento. El “foco rojo” también se aplica entre los miembros de la pareja cuando surja esta circunstancia fuera de las sesiones terapéuticas.

Otra forma de manejar esta situación es seleccionar uno de los episodios que se traen en forma recurrente, y pedirles que lo actúen de nuevo en la consulta. Con frecuencia, se descubren malos entendidos y la pareja se da cuenta de cómo el afrontar las cosas en el presente propicia verdaderas soluciones, en vez de culpar al compañero de una situación pasada y lejana.

La culpa juega un papel importante que debe valorarse en forma cuidadosa cuando surge un conflicto, existe la tendencia a culpar a alguien (ver mecanismos inconscientes de defensa); esta actitud es otro de los obstáculos a eliminar en la terapia, sobre todo al elaborar el nuevo contrato. Hay varios medios al alcance del terapeuta para manejar esta situación. Uno de ellos es inducir al uso de expresiones verbales diferentes, por ejemplo, no permitir “tú me haces enojar”, sino sustituirlo por “yo me enojo”, y el terapeuta intervendrá cuantas veces sea necesario para volver a dirigir esta situación, aunque parezca pesado o reiterativo. Otro medio es hacer reflexionar al quejoso respecto a si piensa con honestidad que el compañero buscó hacerle daño a propósito o disgustarlo. Uno más es comparar de manera objetiva cómo uno y otro se han lastimado y dañado, demostrándolo con ejemplos que permitan ver que no es sólo uno el negativo, sino que como parte de un sistema se han retroalimentado, al grado de que en la actualidad ya es imposible saber quién fue primero. Sin embargo, si la conducta se inhibe en uno, de seguro se inhibirá en el otro.

Con frecuencia, se observa cómo de súbito un miembro de la pareja acepta toda la culpa. Casi siempre, este comportamiento es una capitulación para evitar más ataques o acusaciones. En tal caso, el terapeuta le pregunta al otro si está de acuerdo en que el primero es culpable, con lo que, por lo general, nunca está de acuerdo. A partir de esto, el terapeuta aprovecha para hacer de nuevo un balance de las culpas y responsabilidades mutuas.

Como se ve, la proyección tiende a adjudicar la responsabilidad de un hecho o suceso sobre otro. Una de las metas terapéuticas es inducir a los miembros de la pareja a aceptar y reconocer su responsabilidad en todos y cada uno de los sucesos de su vida, y la que tienen en la estructura y desarrollo final de la misma.

Algunas personas etiquetan al compañero, casi siempre, con adjetivos calificativos como “bueno(a) para nada”, “tonto(a)”, “idiota”, “flojo(a)”, y otros. Los consultantes deben comprender que estos adjetivos o etiquetas destruyen y obstaculizan la comunicación, por lo que impiden los cambios deseados. Por ende, debe ayudarse a que tales patrones verbales se sustituyan. Otras expresiones comunes también destructivas para la relación son las que se usan en frases, por lo general, en tono de queja, que comienzan con “es que tú siempre...”, o bien “es que tú nunca...”.

Dentro del proceso terapéutico, es importante valorar las instancias del lenguaje no verbal o corporal. Está de más señalar la importancia y utilidad que tiene para el terapeuta observar este elemento que da valiosos indicios.

Pero el lenguaje no verbal también debe considerarse por los miembros de la pareja. Cuando el terapeuta observa que es usado por alguno de los dos, debe llamar la atención sobre su presencia y pedir al que lo utilizó, que lo sustituya por la expresión original. El propó-

sito que tiene ayudarlos a reconocer el lenguaje no verbal, es conscientizarlos de los medios por los que comunican sus sentimientos y de los cuales no están conscientes; también para que valoren cómo, si muchas veces, la comunicación verbal se distorsiona, con mayor razón puede suceder esto en el lenguaje no verbal; que acepten que este lenguaje puede ser un estímulo para provocar respuestas no deseadas, como el enojo ante determinado gesto facial y, por último, que valoren cuándo lo usan como un medio de agresión o intimidación.

Otros medios con los que cuenta el terapeuta para su labor son el modelamiento y caricias o reforzamientos positivos. Una instancia útil de modelamiento es cuando el terapeuta, habiendo escuchado un planteamiento dice, “déjame ver si entendí bien lo que dijiste”, y a continuación repite en sus propias palabras lo que comprendió. Esta técnica, realizada en varias ocasiones, muestra un modelo para aclarar significados; ésta puede ser adoptada por la pareja. Otra circunstancia es el utilizar un comentario del terapeuta que fue malinterpretado para ilustrar cómo en los mensajes entre ellos también puede ocurrir lo mismo a pesar de que, al emitirlos, se piense que se es claro. En cuanto a las caricias, cuando se da una respuesta adecuada, una mejoría en cualquier momento de la sesión o cuando ambos reconocen haber mejorado o adelantado, el terapeuta debe felicitar y reforzar de manera positiva a quien logre un cambio o a la pareja, en su caso. Cuando se usan estos reforzamientos, los comportamientos tienden a repetirse y ésta es una herramienta que hay que tener presente.

Una de las responsabilidades del terapeuta es tratar de salvaguardar la autonomía de cada miembro. El profesional debe intentar romper lazos simbióticos y que, por tanto, dependan menos el uno del otro, con lo que se facilita la comunicación objetiva en la pareja. Deben comprender que la dependencia es una distorsión destructiva del amor y de la intimidad. El terapeuta trata en forma constante de propiciar en cada uno la autonomía y la capacidad para ejercer, al mismo tiempo, el respeto y la empatía mutua. Aquí se debe ser sensible al respecto de los papeles sexuales rígidos y estereotipados que prevalecen en nuestro medio. No es raro que, en este sentido, deba intervenir en educación de la sexualidad.

Retomando el modelo de Sager, se abordan a continuación algunos aspectos del contrato denominado **expectativas del matrimonio como institución**. Por lo general, estas expectativas, al ser irreales y fantasiosas, son fuente de problemas o conflictos y, por ello, los miembros deben reubicarse de manera realista ante ellas.

Una expectativa que se encuentra es aquella de que las “cosas debieran de ser como eran cuando nos casamos”. Como fue visto, la vida de una pareja es cambiante, por ser un sistema compuesto por individuos dinámicos. Es útil que la pareja comprenda y asimile el concepto rogeriano de que ellos, como individuos, y la diada son un proceso y no un resultado.

Vinculada con la anterior está la expectativa de la “eterna luna de miel”, o bien la constante búsqueda para recuperarla. Ya se vio en el capítulo 9, cómo la “**limeranza**” es, en términos generales, un estado pasajero, cómo las expectativas y satisfacciones cambian cuando hay cotidianidad y al establecer la pareja su vida como tal. El reconocimiento de esta situación es fundamental. Con realismo, pero sin pesimismo, puesto que como en todo proceso cada fase o periodo tiene sus gratificaciones, sólo hay que realizar un esfuerzo por encontrarlas. También es importante que los miembros de la pareja dejen la expectativa de encontrar en el compañero al padre todopoderoso, omnisciente y que es la encarnación de la bondad.

Otra expectativa común es la que el autor denomina: “el mago Mandrake”. En ella uno, o los dos, piensan: “...si en realidad me quisieras, sabrías lo que quiero y tratarías de darme gusto”. Es verdad que es gratificante cuando una necesidad es satisfecha de manera espontánea y sin solicitarlo en forma previa; también es innegable que sería preferible no tener que pedir algo. Sin embargo, hay que recordar la cantidad de veces que se pide un vaso de agua o la cuenta en un restaurante. Debe considerarse que en una pareja son los deseos y necesidades de dos personas, las cuales pueden estar en conflicto entre sí.

Además de que el no cumplirle un deseo al otro puede tener múltiples causas, personales o circunstanciales, lo principal es que se percaten de que el que no se les cumpla un deseo o necesidad, no es sinónimo de “no te quiero”. Es responsabilidad de cada quien comunicar de manera positiva al otro cuando alguna necesidad no le está siendo satisfecha. La expectativa de Mandrake con frecuencia se encuentra en consultantes que piensan inconscientemente que el compañero forma parte del “yo” y, por tanto, no hay necesidad de comunicación verbal.

Por lo común, existen parejas que tienen la expectativa de que todo su tiempo libre deben pasarlo juntos. Aquí, se enfatiza terapéuticamente la individualidad y la necesidad que se tiene de cierta privacidad. Se mencionó la necesidad de reforzar la atracción intelectual a través de compartir actividades recreativas; ahora, se enfatiza la necesidad de un equilibrio en el que cada uno tenga su individualidad y su privacidad. Nadie satisface, en forma total, las necesidades de otro fuera del estado de “limeranza”, y esto debe comprenderlo la pareja de manera realista.

Por último, otra idea falsa respecto al matrimonio y a las parejas fijas es que los miembros deben ser idénticos en cuanto a gustos y personalidad para ser una pareja exitosa. En el capítulo 9 se analizaron cómo muchas veces constituyen factor de atracción no las similitudes, sino las diferencias entre uno y otro. También se mencionó cómo estas diferencias después pueden convertirse en fuente de conflictos y desavenencias.

La terapia consiste en revisar, con la pareja, el proceso mediante el cual aquello que significó un atractivo, ahora se convierta en problema, las causas y la solución a tal estado.

A continuación, se hace el análisis y atención de algunas situaciones especiales que se suscitan al abordar la problemática de la relación de una pareja.

En ocasiones, consultantes con un “yo” débil o temor a ser controlados, establecen amenazas y límites ante ciertas circunstancias. En tales casos, se escuchan frases como: “si vuelves a hacer ‘x’ cosa te dejo” o “esto no lo toleraré una vez más”. El papel del terapeuta debe, por un lado, reconocer el derecho de cada uno a fijar límites, pero a la vez, hacer ver al que los establece que no logra su propósito, ya que al plantear una amenaza deja sin salida decorosa al otro, quedándole sólo dos caminos: no acepta y arrastra las consecuencias o acepta y queda controlado por el otro. Debe enfatizarse la importancia que tiene, ante este caso, el expresar lo que la persona siente y desea, en vez de explicitar los límites y una amenaza. Así, se propicia una respuesta racional e incluso la modificación del comportamiento.

Algo común es que los consultantes expresen sus quejas en términos vagos, amplios o abstractos. Como: “lo que pasa es que ‘x’ ya no me quiere” o “es que no me tiene confianza”. Cuando el terapeuta escucha demandas hechas en estos términos, debe inducir a que se expliciten de manera específica ¿qué significa ya no me quiere?, ¿por qué sientes que no confía en ti? Estas expresiones deben traducirse a necesidades y deseos concretos no satisfechos. De igual forma, cuando el otro responde diciendo “es que sí te quiero” o “sí te

tengo confianza”, debe buscarse que estas abstracciones se expresen claramente y como comportamientos específicos.

Por otro lado, no es raro que el miembro que escucha del otro las peticiones para que cambie, sienta que su pareja lo está rechazando. El rechazo es difícil de asimilar y hay casos en donde el que lo percibe expresa de manera airada que él o ella son así, y no puede ni quiere cambiar. En este caso, el terapeuta expresa que ninguno de los dos va a convertirse en otra persona, dado que, además de ser imposible de lograr, no es deseable; pero a la vez menciona que ello no impide que con buena voluntad e interés, los dos puedan hacer cosas diferentes sin dejar de ser ellos mismos. También debe valorarse, ante la resistencia al cambio, que ésta se debe al temor de que cediendo una vez, se inicie una cadena de demandas; a veces, la persona es honesta y reconoce que no tendrá fuerza para cambiar. En algunos casos, la resistencia al cambio es, en principio, una forma de evadir una responsabilidad, o incluso puede ser una respuesta serena y razonable de alguien que, por mucho tiempo, intentó el cambio y llega a la aceptación realista de sus limitaciones. Debe analizarse en forma cuidadosa cuando se presente esta instancia.

Una expresión verbal muy significativa y obstaculizante, para la terapia y la relación, es la utilización del “¿por qué?”. Por ejemplo: “¿por qué me hiciste esto a mí?” Estas palabras, por lo general, son una pregunta que disfraza una acusación y busca provocar culpa en el otro. Ésta es otra situación que no debe dejarse pasar, sin notarla y revisarla, cuando suceda en las entrevistas. Aquí, el “foco rojo” sirve también para que la pareja lo use fuera del consultorio.

Para finalizar, se discute la situación que se presenta ante una relación extrapareja o extramarital. No corresponde a este texto, ni a las capacidades del autor, exaltar o condenar esta práctica que parece ser más frecuente, en ambos sexos, de lo que muchos quisieran aceptar. Deben considerarse los efectos que sobre los propósitos terapéuticos tiene tal práctica. Desde el punto de vista de las experiencias sexuales estructuradas y en diversos procedimientos conductuales, la relación sexual fuera de la pareja está contraindicada, ya que se cancelaría el condicionamiento buscado. En cuanto al abordaje terapéutico de la pareja, la relación extrapareja es un efecto distractor que desvía la atención del miembro correspondiente, distanciándolo del proceso terapéutico. Además, en momentos de frustración y de intenso trabajo por la relación, la “satélite” (Rogers, 1980) mengua el entusiasmo por realizar el esfuerzo.

Además, la relación externa no conocida por el otro miembro de la pareja puede, en caso de saberse, mermar la comunicación y la confianza, y puede lastimar a la otra persona.

Sin embargo, cuando ésta existe y, muchas veces, es el motivo de la consulta, si se ve que el consultante “agraviado” usa alguno de los mecanismos citados, debe manejarse consecuentemente, en la inteligencia de que si acude a consulta es porque la pareja desea resolver sus problemas, más que recibir asesoría moral por parte del terapeuta. Como al utilizar, por ejemplo, maniobras para provocar culpa o al imponer límites y amenazas.

Cuando se produce la relación extrapareja o extramarital, ésta tiene una o varias causas, por lo que para comprender mejor el fenómeno, motivaciones, posibles repercusiones, metas y estrategias terapéuticas, es necesario un cuidadoso estudio clínico biográfico.

En las líneas precedentes se busca presentar un esquema de las instancias que se presentan en el manejo de la problemática de la pareja. Aquí, es necesario recordar de nuevo que en ésta, al igual que en muchas disciplinas clínicas, son las horas de trabajo con los consultantes, bajo una supervisión adecuada, las que brindan la experiencia y la habilidad necesaria.

En seguida, se revisan diversos procedimientos farmacológicos y quirúrgicos usados para la terapéutica de las disfunciones sexuales.

Modelo de pareja monogámico exclusivo

Es una realidad que algo está pasando en la sociedad respecto a este modelo. Cada día vemos cómo proliferan en el mundo los clubes *swingers* y, como lo muestra un estudio realizado por nosotros, este estilo de vida va fuertemente vinculado con la necesidad de estas personas de reforzar y afianzar el vínculo de pareja a través de los intercambios de tipo erótico con otras parejas (Álvarez-Gayou & Millan, 2008).

Por otro lado, vemos, desde el análisis social, cómo se están incrementando los divorcios en casi todas las sociedades y la tendencia en poblaciones jóvenes a dejar de pensar que es parte fundamental de su desarrollo personal el casarse y formar una pareja. Aumentan divorcios y disminuye la nupcialidad. Algo está pasando.

Refuerza lo anterior el surgimiento de un movimiento, que también ya tiene carácter de mundial, el llamado en inglés *Polyamory*, y en español “poliamoría”. El postulado de esta corriente es que los seres humanos (como especie) no somos monógamos; por ende, somos capaces de amar a más de una persona simultáneamente, sostener una relación significativa emocional con varias personas y ésta puede o no acompañarse de un vínculo eroticosexual. En un estudio (2004) realizado por el Instituto Mexicano de Sexología (Álvarez-Gayou & Millán) en 1 200 mexicanos, se encontró que 66.2% de los varones y 27.85% de las mujeres casados han tenido al menos una relación extrapareja, y un dato adicional, más de 700 sujetos tienen más de una pareja. Otra investigación hecha por Álvarez-Gayou y Millán (2004) en 700 sujetos (40% con estudios de preparatoria y 38% con licenciatura), muestra que 18% reveló que la media de veces que se han enamorado es de 2.2 veces, la media de parejas que han tenido es de 4.22. A la pregunta de si en su opinión la especie humana es monógama o polígama, contestaron en general que polígama el 63.7%, y por género polígamos el 58.6% de las mujeres y el 70.3% de los varones. Y a la pregunta de si es posible amar a más de una persona simultáneamente, la respuesta fue que sí el 50.9% de las mujeres y el 51.9% de los varones. El estudio, que fue mixto, reveló interesantes datos desde la perspectiva cualitativa.

Sin duda, estas personas que están en el estilo de vida *swinger* o poliamoroso están buscando alternativas a una situación social que no les es satisfactoria. Álvarez-Gayou está convencido que son búsquedas y no necesariamente son las soluciones para todos y todas.

En forma independiente al análisis social, de lo interesante o no que nos parezcan estas modalidades y de las preferencias o gustos personales, es un hecho que llegan a terapia muchas parejas que desean reconstruir o “salvar” su relación de pareja, y es responsabilidad del terapeuta ayudarles al logro de sus anhelos y no a abrazar un estilo de vida que pudiera ser el del mismo terapeuta. Nos debemos a lo que la pareja busca lograr y nuestra meta será coadyuvar a ello.

17 Terapéutica médica y quirúrgica

Aspectos generales

A continuación se hace una revisión somera de la terapéutica médica y quirúrgica para el tratamiento de disfunciones sexuales. En cuanto a los fármacos o sustancias que son útiles, sería mejor convertir esta sección en una revisión más anecdótica que científica, sobre los efectos estimulantes o restauradores del deseo y de la respuesta sexual. Los fármacos que se han propuesto, sobre todo en fecha reciente para tratar las disfunciones sexuales, se han discutido antes.

Terapéutica médica

En relación a fármacos que incrementan el deseo sexual o disminuyen el umbral de respuesta, salvo el caso de la testosterona, a quien afirme que tal o cual sustancia aumenta el deseo sexual habrá que darle la razón, al igual que aquélla que asegure lo contrario.

La realidad es que al referirse al deseo sexual se aborda un área subjetiva y es aquí donde aparecen los problemas. Se ha visto cómo mujeres y varones que presentan todos los fenómenos fisiológicos del orgasmo, no mencionan alguna percepción subjetiva placentera del mismo (anorgasmia psicológica o subjetiva). De la misma manera, y por su naturaleza subjetiva, la persona puede referir que tal o cual sustancia incrementa su deseo sexual. La realidad es que toda sustancia o fármaco puede producir este incremento, pero como efecto placebo; es decir, por la convicción de la persona que la ingiere o aplica se

origina el efecto deseado. Más aún, el concepto de individualidad y variabilidad del estímulo sexual efectivo, además de confirmar lo anterior, conduce a la reflexión (desarrollada en el expresiograma) de que para distintos individuos, diferentes cosas o situaciones se perciben como elementos que provocan una respuesta sexual.

Los hechos anteriores dieron origen a una mitología respecto a un buen número de medicamentos, hierbas o alimentos que poseen cualidades afrodisíacas. En 1979, en el Congreso Mundial de Sexología realizado en México, el Dr. José Luis Díaz presentó una revisión de plantas mexicanas utilizadas como afrodisíacos. Este autor dijo que se distinguen dos tipos de preparaciones de acuerdo a la vía de administración y acción: locales o sistémicos. Las plantas o pociones aplicadas de forma local por lo general irritan las mucosas o causan problemas dérmicos como una inflamación leve, y aumentan la congestión sanguínea; estas reacciones incrementan la sensibilidad local cuando se aplican sobre los órganos sexuales. Los fármacos o pociones de acción sistémica son psicotrópicos, eufóricos o inductores de trance. Según el autor, estas sustancias pueden en forma directa incrementar el deseo y sensibilidad mediante reacciones subjetivas o fisiológicas, y por factores ambientales. Para el Dr. Díaz no existe evidencia de un "verdadero afrodisíaco".

Para quienes se interesen en el tema se sugiere el texto de Raymond Stark (1980), quien hace una revisión amplia de plantas, pociones y sustancias a las que, por tradición, se les atribuyen efectos afrodisíacos.

A continuación se revisan algunos fármacos que afectan la respuesta sexual de las personas.

La testosterona y los andrógenos, en principio, no incrementan el deseo o la potencia sexual en el varón; sin embargo, en caso de comprobarse una deficiencia, su administración puede restaurar el deseo y la capacidad eréctil. El uso crónico en dosis medias o altas de testosterona suprime el eje hipotálamo-hipófisis-gónadas, por lo que puede producirse atrofia testicular y depresión intensa de la espermatogénesis.

Algunos varones con cifras normales de testosterona mencionan incrementos en el deseo sexual, pero es probable que este efecto sea sólo un placebo.

En la mujer, dosis altas de testosterona incrementan el deseo sexual, mas deben valorarse efectos colaterales como: hirsutismo, acné, hipertrofia del clítoris y retención de sodio.

Al diagnosticar hipogonadismo hipogonadotrópico asociado con anosmia (síndrome de Kallman), se indica el tratamiento con gonadotropinas hipofisarias para estimular la maduración sexual, también puede reiniciarse la espermatogénesis; en estos casos el tratamiento asociado con testosterona coadyuva a mejorar el deseo sexual y la respuesta eréctil.

Los estrógenos se utilizan en los varones para el tratamiento del carcinoma prostático y su administración bloquea casi de inmediato el deseo y la respuesta eréctil. No se ha encontrado que estas hormonas tengan algún efecto sobre el deseo o la respuesta femenina, a pesar de que Larsson (1979) presentó en México un trabajo realizado con ratas; en este estudio se sugiere que los estrógenos pudieran relacionarse con la conducta sexual del varón y de la mujer. En Israel, Dennerstein & Burrows (1979) presentaron un estudio de 49 mujeres histerectomizadas y ooforectomizadas en quienes la terapia de reemplazo con etinilestradiol proporcionó una mejor restitución del deseo, lubricación vaginal y frecuencia orgásmica; la dosis administrada fue de 50 mg/día, en comparación con el levonorgestrel, la combinación de los dos o el placebo.

Los antiandrógenos, como su nombre lo indica, son sustancias que causan efectos farmacológicos opuestos a los andrógenos. Los principales son: acetato de ciproterona y acetato de medroxiprogesterona. Su uso terapéutico primordial es para controlar y disminuir el deseo y la capacidad de respuesta en delincuentes sexuales. Ronnan (1981) informa del uso de ciproterona en 24 pacientes bajo tratamiento por diversos delitos sexuales. La administración del fármaco, junto con psicoterapia, mostró buenos resultados. En siete pacientes hubo un cambio en cuanto al propósito sexual; antes del tratamiento, éste se centraba en la satisfacción genital y coital, y después cambió por un mayor interés hacia contactos corporales y ternura.

El acetato de ciproterona también se utiliza para tratar mujeres hirsutas. Blumenfeld *et al.* (1981) refieren un incremento en cuanto a la frecuencia coital semanal y una mejoría en su autoimagen corporal, todo ello con disminución de los niveles de testosterona circulante.

El acetato de medroxiprogesterona sirve para tratar algunos casos de pubertad precoz, sobre todo, aquéllos que no requieren neurocirugía.

Carter (1978) & Lidberg (1979) administraron bromocriptina en casos de tumores secretores y prolactina en hipogonadismo. En tales casos, hay incompetencia eréctil y disminución del deseo, que mejoran con la administración de la bromocriptina; esta última es antagonista a la dopamina, y disminuye los niveles de prolactina y aumenta los de testosterona.

La eyaculación retrógrada surge como consecuencia de prostatectomía, neuropatía diabética, traumatismo vesical quirúrgico, simpatectomía, lesiones de médula espinal, resecciones quirúrgicas pélvicas amplias como escisiones rectales; resecciones linfáticas retroperitoneales y con el uso de fármacos bloqueadores del sistema simpático. Stewart & Bergant (1974) utilizaron la fenilpropalamina, que es un simpaticomimético, para la corrección de la eyaculación retrógrada en el diabético. Al parecer, mejora la función del músculo liso vesical.

Nijman *et al.* (1981) refieren la desaparición de eyaculación retrógrada y embarazo subsecuente, por medio de tratamiento con imipramina con dosis de 25 a 50 mg/día. Informaron de 14 casos de eyaculación retrógrada a consecuencia de linfadenopatía retroperitoneal bilateral por cáncer testicular no seminomatoso; después del tratamiento se obtuvo eyaculación anterógrada en 11 de ellos.

Por último, Bar (1981) utilizó decanoato de flufenazina en 10 parejas, debido a matrimonio no consumado, quienes habían respondido a un esquema terapéutico de experiencias sexuales estructuradas. Se aplicó un esquema de 12.5 o 25 mg a intervalos de tres semanas, a nueve mujeres con vaginismo grave y a un incompetente eréctil primario, lo que permitió seguir, con buenos resultados, el programa de experiencias sexuales estructuradas. Al parecer, la característica común de las 10 personas tratadas era el ser muy dinámicas y con altos grados de agresividad.

Como es notorio, aún es magro el campo de la terapéutica farmacológica de las disfunciones sexuales y se limita al uso de fármacos y medicamentos con acción terapéutica sobre un padecimiento, que a su vez afecta a una o varias fases de la respuesta sexual humana.

Cabe advertir al clínico que evite caer en la tentación de prescribir múltiples fármacos para tratar aspectos sexuales. En clínica es interminable la lista de consultantes tratados de manera previa con hormonas, vitaminas, antidepresivos y placebos diversos, pero sin resultados.

Álvarez-Gayou insiste en la necesidad es importante no buscar la solución fácil y generalmente inefectiva de una “píldora mágica” para problemas que tienen detrás una causalidad multifactorial.

Terapéutica quirúrgica

Al igual que en la terapéutica farmacológica son contadas las situaciones en las que la cirugía se usa, en forma directa, para el tratamiento de una disfunción sexual. La mayor parte de los procedimientos quirúrgicos tiene, como finalidad, tratar una condición subyacente o primaria. Sin embargo, y por considerarse de interés, se realiza una breve revisión del tema.

Quizá las condiciones que más afectan la vida y desempeño sexual de los individuos, y que suelen resolverse mucho antes de llegar con el sexoterapeuta, son las anomalías congénitas de los órganos sexuales en ambos sexos.

La falta congénita de vagina o la hipoplasia vaginal suele diagnosticarse en la pubertad; esta anomalía consiste, de manera primordial, en la falta del tercio interno de la misma; los labios y clítoris no se afectan por tener distinto origen embrionario. Este trastorno está vinculado por lo regular con problemas urológicos y, al relacionarse con anomalías uterinas, se le llama síndrome de Rokitanski-Kuster.

Existe la posibilidad de un tratamiento conservador, no quirúrgico, por medio de dilataores o con las siguientes técnicas quirúrgicas: una utiliza asa intestinal para crear una nueva vagina (técnica de Baldwin), o la de McIndoe, que usa un autoinjerto de piel.

En cuanto a alteraciones congénitas uterinas, la más frecuente es el útero bidelfo, que puede producir dispareunia y, también tiene solución quirúrgica.

En el varón, las anomalías congénitas tratadas con procedimientos quirúrgicos son: difalo, epispadia, hipospadia, criptorquidia, testículo(s) ectópico(s) y pene retroescrotal. Todas ellas son raras. Cuando hay doble pene (difalo), debe determinarse la permeabilidad de la uretra y luego intervenir. El epispadia y el hipospadia consisten en falta de cierre de la uretra (el primero dorsalmente, y el segundo por la colocación del meato uretral en la cara ventral del pene); se dispone de una gran variedad de técnicas quirúrgicas para su resolución. La criptorquidia consiste en que el descenso de los testículos (hacia las bolsas escrotales que suele darse al final del desarrollo uterino) no se produce. La intervención quirúrgica se indica cuando se logra el descenso del testículo (o ambos si es bilateral) mediante el tratamiento con gonadotropina coriónica. La localización de testículos ectópicos requiere también de cirugía, y si se realiza antes de la pubertad, resulta en una función testicular normal. En ocasiones, el pene retroescrotal puede confundirse con agenesia peneana y, según las características anatómicas, algunas veces puede llevarse a cabo el tratamiento quirúrgico del caso.

Por otro lado, la disfunción que con mayor frecuencia tiene indicaciones quirúrgicas, es la incompetencia eréctil de causa orgánica. Cuando el origen es de procedencia vascular se cuenta con diversas técnicas, las cuales se pueden realizar a partir de una mayor comunicación interdisciplinaria entre cirujanos y sexólogos. Virag & Zwang (1979) presentaron el análisis de 75 casos, donde se abordaron problemas vasculares en una de tres técnicas: 1) endarterectomía de la encrucijada de las arterias aortoiliacas e hipogástricas, 2) revascularización directa del cuerpo cavernoso, y 3) arterialización de la red venosa dorsal del pene.

Otro procedimiento indicado para la incompetencia eréctil secundaria a diabetes, traumatismo peneano, enfermedad de Peyronie, cistectomía, colectomía, prostatectomía

y reparación de aneurisma, es el uso de prótesis o implantes peneanos. Se dispone de diversos tipos: fijos e inflables. Las prótesis fijas pueden ser de silástico, polietileno o acrílico; son semi-rígidas y se implantan en el pene produciendo una semierección permanente, la más conocida es la Small-Carrion (1978). Ésta se coloca entre la superficie inferior de la túnica albugínea y el cuerpo cavernoso.

La prótesis diseñada por Scott-Bradley-Timm (1973) consiste en dos cilindros inflables colocados en la túnica albugínea adyacente a los cuerpos cavernosos. Estos cilindros se conectan a una bomba manual de aire que se pone en la base del escroto, por fuera de la túnica vaginal, y esta última se conecta a su vez con un reservorio dispuesto en el espacio prevesical. El paciente activa la bomba presionando con los dedos la base del escroto, con lo que el líquido radioopaco, contenido en un reservorio, pasa a los cilindros, llenándolos y provocando la erección. La erección se reduce mediante la compresión de una válvula que también se encuentra en la base del escroto y, de esta manera, el líquido regresa al reservorio. Para quien se interese, Schuster (1976) publicó el procedimiento quirúrgico completo.

En casos de microfalo se puede utilizar una prótesis peneana, no implantada, sobre todo para fines estéticos y de apoyo psicológico al paciente.

En la anorquia o ausencia congénita de testículos, que puede ser unilateral o bilateral, se utiliza la implantación intraescrotal de testículos artificiales de silicona y caucho, con objeto de ayudar al individuo a sentir una integridad corporal cuya ausencia pudiera perjudicar su desarrollo psicosexual.

Otra técnica quirúrgica es liberar el clítoris de una cubierta excesiva. Esta técnica es sencilla, pero el estudio para indicarla debe ser preciso.

Para finalizar, algunas técnicas relacionadas con el tratamiento de disfunciones sexuales son las que restituyen o mejoran la imagen corporal alterada por causas patológicas, traumáticas o quirúrgicas. Los principales casos en la mujer son: ausencia de mamas, micromastia, macromastia, ptosis de mamas y, en general, cualquier procedimiento quirúrgico estético donde la alteración corporal juegue un papel determinante como causa de disfunción sexual.

En la actualidad, es un factor preocupante el que algunos cirujanos, llamados plásticos, recomienden la inyección de toxina botulínica en el punto G, para hacerlo más prominente y, por ende, más sensible. Nada más burdo y falaz si reconocemos que este mal llamado punto G, es sólo una zona con mayor innervación sensorial. Al inyectar la toxina botulínica se logra insensibilizar, durante un buen tiempo, los receptores de esta zona. Debemos informar y pedir cautela a mujeres que plateen su interés por someterse a esta muy discutible terapéutica.

Dado que hay dos entidades nosológicas muy frecuentes y que tienen importantes implicaciones sobre la sexualidad de los consultantes, se abordan a continuación aspectos generales de la terapia y asesoría sexuales en personas aquejadas de infarto del miocardio y de diabetes.

Infarto del miocardio y sexualidad

Tuttle (1964) & Singh (1970) refieren que en varones que han sufrido un infarto del miocardio, disminuye en forma notable la frecuencia coital; algunos se abstienen y otros manifiestan una pérdida de deseo e incluso incompetencia eréctil. No hay muchos estu-

dios sobre la respuesta sexual de la mujer que ha sufrido un infarto. Uno de los pocos existentes es el de Papadopoulos (1981).

Según el autor, para comprender los efectos del infarto sobre la respuesta sexual es indispensable reconocer que la persona que sufre uno, queda con la idea de amenaza de muerte y preocupado por lo que será su vida; esto, por lo general, desencadena una depresión acentuada. Por otro lado, existe en el paciente una serie de mitos, que por desgracia comparten muchos profesionales de la medicina. Algunas de las creencias son: que la vida sexual tendrá que cambiar o terminarse, que durante el coito se presentan dificultades para el desempeño físico, que la excitación sexual y el ejercicio provocar una muerte súbita o que éstos pueden ocasionar otro infarto.

Al respecto, Masters & Johnson (1966) y otros autores presentan algunos datos fisiológicos: la frecuencia cardíaca durante la relación sexual aumenta entre 140 y 180 por minuto, dependiendo más que de la respuesta sexual del tipo de actividad física involucrada; los incrementos en la presión arterial fluctúan entre 30 y 80 mmHg en la sistólica, y entre 20 y 50 mmHg en la diastólica; el consumo de O₂ es menor durante el coito que en una sola prueba Masters 2; la isquemia cardíaca medida por depresión del segmento ST y de la onda T es menos frecuente que en la actividad diaria.

Ueno (1969) encontró, al estudiar la causa de 5 559 muertes súbitas, que 34 de ellas fueron durante el coito; curiosamente, 27 de las 34 fueron al realizarlo de manera extramarital.

Orientación sexual al paciente posinfarto

La orientación depende de las condiciones fisiodinámicas del caso, entre otras. En este sentido, la actividad sexual puede reanudarse después del primer infarto, entre 2 y 4 semanas de salir del hospital, si no ha habido complicaciones y si aumentos de frecuencia cardíaca de 110 a 120 min. no provocan angina y/o disnea.

Existen dos elementos básicos a considerar, al aconsejar sexualmente al paciente post-infarto: 1) es necesario conocer los patrones de comportamiento sexual previos al infarto mediante entrevista privada. La orientación subsecuente toma en cuenta estos modelos como línea basal, para evitar instruir en base a concepciones teóricas, alejadas de la realidad sexual del paciente; 2) en la orientación debe incluirse al compañero o pareja, ya que es frecuente que los temores, ansiedades y falsas creencias también existen en él o ella y se vea la tendencia a no creer, por parte del paciente, en las orientaciones concretas. Las principales recomendaciones son:

1. El paciente y su pareja no deben intentar actividades con un espíritu competitivo y buscando probarse en cuanto a habilidades o capacidades especiales.
2. La actividad sexual debe realizarse con un incremento gradual de intensidad y frecuencia.
3. Deben utilizarse posiciones coitales cómodas para ambos. Se ha observado que no hay diferencia significativa en el esfuerzo, entre la posición clásica del misionero o con la mujer arriba.
4. Debe recomendarse no realizar la actividad sexual después de ingerir alimentos o bebidas alcohólicas. El alimento provoca una redistribución preferente del flujo sanguíneo hacia el intestino, y el alcohol disminuye el índice cardíaco y de latido.

5. Si durante la actividad sexual aparece dolor precordial, opresión torácica o disnea debe lentificarse o detenerse y, luego, consultar al médico. Al abordar este tema, el profesional debe ser cauteloso en su lenguaje, para no reforzar temores infundados y provocar ansiedad o angustia.
6. Es indispensable tratar de incrementar la comunicación abierta y libre sobre la sexualidad en la pareja; ello permite que vayan buscando y encontrando, un acomplamiento que los lleve a disfrutar de su sexualidad, a pesar del infarto.

En caso de pacientes que sufren de angina con ejercicio leve o emociones, para mantener su sexualidad se recomienda, en primer lugar, establecer un programa supervisado de ejercicio físico para incrementar la capacidad de sobrecarga cardiaca; lo anterior se suma a suspensión del tabaco, ingestión de alcohol y a la recomendación de no practicar la actividad sexual en el posprandio. Hay quienes refieren tener menores molestias si realizan el coito sentados o sin que exista mucho contacto corporal. Con base en lo anterior, se aconseja el uso de nitroglicerina o nitratos de acción prolongada, 30 min. antes de la relación sexual, o bien bloqueadores β adrenérgicos administrados cuatro veces al día.

Diabetes mellitus y función sexual

La diabetes mellitus es uno de los padecimientos asociados con disfunciones sexuales. Un 25 a 30% de diabéticos, en el grupo de 30 años de edad, sufren de incompetencia eréctil y en el de más de 50 años prevalece esta disfunción entre 50 y 70 años. Respecto a las mujeres, se carece de datos, aunque al parecer hay estudios que indican una tendencia a la anorgasmia.

La incompetencia casi siempre aparece años después de establecida la diabetes, iniciándose con erecciones menos firmes y, al cabo de 6 a 18 meses, se define el cuadro. En ocasiones, la incompetencia precede al diagnóstico de diabetes y cuando así sucede, es más bien manifestación de un estado catabólico generalizado. Se sabe que la causa principal de la disfunción en este tipo de paciente es la neuropatía, aunque en algunos casos se atribuye a cambios macrovasculares y microvasculares.

El tratamiento conservador de las disfunciones en personas diabéticas consiste en explicar a la pareja la naturaleza y origen de la disfunción, enfatizar la posibilidad de un disfrute sexual, aun sin erección, ya que la eyaculación y el orgasmo no suelen estar dañados. También debe ayudárseles a comprender que la satisfacción de un encuentro sexual puede centrarse más en los juegos y caricias que propician un acercamiento afectivo.

En casos concretos resulta factible y útil recomendar un tratamiento quirúrgico, mediante la aplicación de una prótesis peneana del tipo Small-Carrion o la inflable de Scott-Bradley-Timm ya mencionadas. Los pacientes idóneos para usar este método son aquéllos en donde:

1. El varón ha perdido mucha autoestima por su incompetencia.
2. Hay depresión intensa secundaria a la incompetencia.
3. La disfunción afecta de forma considerable la relación de pareja.
4. No se ha perdido el deseo y la capacidad de eyacular.
5. No hay contraindicaciones para la cirugía.

Por otro lado, en 1 a 2% de los diabéticos se presenta la eyaculación retrógrada; en estos casos, el semen en vez de expulsarse a través de la uretra hacia el meato, se expele hacia el interior de la vejiga, sin alterarse la percepción subjetiva orgásmica. Este fenómeno ocurre debido a una neuropatía del sistema nervioso autónomo, que afecta el cuello de la vejiga.

Transexualidad

En la transexualidad hay una discordancia entre el genotipo y el fenotipo con la identidad de género. En otras palabras, el transexual que acude a consulta expresa no estar satisfecho con su sexo, dirá que está inconforme con su cuerpo y órganos sexuales, que siente “pertenecer al otro sexo”. Así, una mujer transexual dirá que es, en realidad, un hombre dentro del cuerpo de una mujer y viceversa. El término de transexualidad fue usado por vez primera y popularizado por Harry Benjamin (1966), quien fue un médico dedicado al estudio y atención de estas personas. El primer caso conocido en forma pública, en donde se cambió el sexo a una persona por medios hormonales y quirúrgicos, fue el de Cristina Jorgensen (1953), en Dinamarca.

En cuanto al predominio de esta circunstancia, la *World Professional Association for Transgender Health*¹ considera que en EUA existen entre 3 000 y 6 000 personas adultas reasignadas sexualmente, por medios quirúrgicos y hormonales; asimismo, se calcula que en el mundo existen entre 30 000 y 60 000 candidatos que desean someterse a estos procedimientos. Pauly (1974) estima que la prevalencia es de 1 por cada 100 000 varones y 1 por cada 130 000 mujeres. Estas cifras aún prevalecen.

En gran parte de los casos, los consultantes refieren haberse percatado de la insatisfacción y no correspondencia, entre su fenotipo e identidad de género desde la infancia o pubertad. Conviene recordar que la transexualidad es una condición diferente a la homosexualidad y al travestismo, aunque en algunos casos coexisten.

Su causa se desconoce. Hay algunos datos muy poco sustentables como para validarlos de manera universal. Por ejemplo, Starka (1975) encontró, en transexuales masculinos, niveles bajos de testosterona circulante y en grupos femeninos, cifras altas. Sin embargo, después el mismo autor, Kolodny (1973), Jones (1973) & Migeon (1975) encontraron niveles normales de testosterona en otros grupos. Seyler (1978) observó, en transexuales femeninos, que sus patrones de respuesta secretora de gonadotropinas fueron anormales ante la administración del factor liberador de gonadotropinas sintéticas. Sin duda, toda esta información contradictoria sólo indica la necesidad de más estudios al respecto.

Por otra parte, algunos casos de transexualidad se asocian con tumores cerebrales, con cariotipos 47XYY y 47XXY (Klinefelter), pero éstos son excepcionales (Kolodny, 1979).

1 La asociación cambió de nombre recientemente, se llamaba originalmente *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*. Si bien estamos en desacuerdo con el uso de disforia de género, pues es lo último que estas personas tienen, más bien es disforia de cuerpo, nunca hemos estado de acuerdo en que se quitara el nombre del pionero en el abordaje de este problema. Como dijimos repetidamente, los pueblos y las organizaciones que niegan su historia están perdidos. La democracia entre sus miembros permitió el cambio.

Desde el punto de vista psicológico, diversos autores postulan variadas y opuestas hipótesis al respecto, las que tienen interés como tales, pero no puede dárseles un valor absoluto.

En cuanto al tratamiento, la psicoterapia realizada para ajustar la identidad de género con el fenotipo ha sido infructuosa. Según el autor, cualquier persona o psicoterapeuta que haya estudiado a un transexual, ratificará la impresión que tiene de estos casos. Minutos después de iniciada la entrevista, y sin importar lo femenino o masculino del aspecto de la persona, se tiene la impresión definitiva e inequívoca de estar hablando con una persona del sexo al que desea reasignarse el transexual. Es impresionante constatar la identidad de género discordante. No se trata de un travestismo conductual o verbal, es genuino.

Antes de iniciar el tratamiento del transexual, es necesario un cuidadoso diagnóstico diferencial, sobre todo para descartar un proceso psicótico cuyo delirio sea de transexualidad, lo que el autor ha encontrado con frecuencia. Ante estos casos, la atención es más psiquiátrica que sexológica.

Una vez realizado y ratificado el diagnóstico de transexualidad, deben cumplirse los estándares mínimos para manejar el caso, antes de abordar la reasignación hormonal y quirúrgica.

En cuanto a los resultados y evolución posquirúrgica, la mayor parte de los informes tiene graves fallas, sin embargo, parece ser que en tanto se observan los criterios mínimos preterapia hormonal y quirúrgica, se incrementan las posibilidades de éxito a largo plazo, ya que las técnicas quirúrgicas están muy desarrolladas, y en el mundo hay cirujanos con una vasta experiencia. Pero, sigue siendo más funcional la reasignación de masculino a femenino que la contraria.

Rebasaría los propósitos del presente libro, entrar en descripciones, aun someras, sobre las técnicas quirúrgicas. Además, para el autor, es más importante que todo profesional de la salud consultado por un transexual, conozca las normas mínimas de atención y servicio a que tienen derecho estos consultantes. Por ello, se recomienda ingresar a la página de la *World Professional Association for Transgender Health* para consulta.²

Es importante sintetizar que se plantea una psicoterapia de acompañamiento durante dos años, pudiendo realizarse la reasignación hormonal, en cualquier momento del primer año, y la quirúrgica autorizarla cuando la persona ha pasado la llamada “prueba de vida”, es decir, un año completo viviendo el rol concordante con la identidad 24 h al día.

Es pertinente destacar que, en la Ciudad de México, en fecha reciente, tuvo lugar un hecho esencial de reconocimiento a los derechos de estas personas al modificarse la Ley del Registro Civil, lo que les permite legalmente obtener una nueva acta de nacimiento. Esto mediante un juicio familiar administrativo en el que dos expertos apoyan el diagnóstico, teniendo que ser uno de ellos el terapeuta que, por lo menos, haya visto en terapia durante cinco meses al candidato o la candidata. También se aplica esto para las personas transgénero. Para iniciar este abordaje es importante considerar la valoración en cada uno de los casos, de seis elementos importantes:

En cada uno de los elementos se analiza cuál es la característica de los mismos.

2 World Professional Transgender Health Organization: www.wpath.org

Travestismo

El travestismo es una expresión comportamental de la sexualidad que se conceptualiza como el gusto que tiene una persona por utilizar prendas, manierismos, accesorios o lenguaje atribuido en una sociedad y época determinada al otro género.

Es importante destacar que el mayor o menor apego a comportamientos del otro género tiene una dimensión cotidiana que no pertenece estrictamente al travestismo, es decir: en la sociedad, podemos ver mujeres extraordinariamente apegadas al rol estereotípicamente femenino, se maquillan mucho, van al salón de belleza, están a la moda; en otro punto del continuo, están mujeres que no usan maquillaje, no les preocupa el salón de belleza, y demás características femeninas. Ninguna es más o menos mujer, aunque su apego al estereotipo es mayor o menor.

En el caso masculino, en un extremo, están los sujetos muy viriles, que no usarán ni un adorno, ni anillos, ni pulseras, ni una cadena en el cuello, y otros que gustan de utilizar estos adornos y además usan cremas y cuidan su piel y uñas, muy apegados a un estereotipo femenino (tal es el caso de los varones llamados “metrosexuales”). Ni uno ni otro será más o menos hombre por estos aspectos.

El término “travestirse” proviene de la palabra italiana “travestire”, que significa disfrazarse; de tal modo y en estricto apego a la definición primaria, si una persona se viste como “el hombre araña” se estará travestiendo. Sin embargo, en nuestra cultura, la denominación se aplica a los aspectos antes mencionados del comportamiento con rol “cruzado”**.

El travestismo puede considerarse de varios tipos:

Parcial: cuando la persona utiliza algunas prendas (p. ej., ropa interior) y, con ese acto, obtiene una excitación erótica.

Total: cuando la persona utiliza la vestimenta total y se personifica como una persona del otro género.

En cuanto a la duración puede ser:

Ocasional: si usa estas prendas de vez en cuando.

Periódica: si lo hace con una periodicidad establecida, por ejemplo, cada fin de semana o cada 15 días. En algunos casos, los que lo practican revelan que puede empezar a presentarse un estado de ansiedad que va creciendo hasta el punto que al travestirse, ésta se calma y desaparece; de ahí inicia un nuevo ciclo.

Profesional: cuando esta práctica está vinculada a una actividad profesional, como pudiera ser el caso de un actor o de quienes personifican a actrices y cantantes en el teatro o en espectáculos.

Permanente: si vive bajo esta condición cotidianamente y a toda hora. Es necesario hacer notar que esta categoría ya se encontraría más vinculada al transgenerismo, como veremos más adelante, que al travestismo.

Con base en los seis elementos mencionados al inicio, las personas travestis suelen ser:

** Se utilizará el término cruzado para expresar la adopción de un rol u otra característica del otro género o sexo, según el caso.

1	El sexo de la persona (dimensión biológica)	Suelen ser varones
2	La identidad de género (la persona se vive como hombre o mujer)	Su identidad de género corresponde al sexo masculino
3	El rol genérico predominante (predomina en la vida de la persona el rol masculino o el femenino)	Predomina el rol genérico masculino
4	La preferencia genérica (le atraen más los hombres: androfilia; las mujeres: ginefilia; mujeres y hombres: ambifilia)	Pueden ser androfílicos, ginefílicos o ambifílicos
5	Existe o no excitación sexual al usar prendas cruzadas	En muchos casos, o por lo menos al principio y sobre todo en el parcial, se da la excitación sexual
6	Busca o no la reasignación en algún nivel (hormonal, quirúrgico para caracteres secundarios o reasignación de OSPES)	No buscan ningún nivel de reasignación

De Alvarez-Gayou Jurgenson Juan Luis y Millán Álvarez Paulina (2010). Homosexualidad, bisexualidad, travestismo, transgeneridad y transexualidad: derrumbe de mitos y falacias. Ediciones del Instituto Mexicano de Sexología.

Es importante señalar que el travestismo es mucho más marcado en los varones que en las mujeres. De hecho, lo mismo sucede con la transgeneridad y la transexualidad. La razón de esto radica, desde nuestro punto de vista, en la mayor fragilidad que tiene la identidad masculina que la femenina. De hecho, si reunimos a un grupo de mujeres y de varones, y los cuestionamos sobre ser mujer o ser hombre, encontraremos que las mujeres darán siempre razones sólidas sobre su feminidad; en cambio, los varones por lo general sustentan su masculinidad en el “no ser mujeres”.

Esto se refleja desde la infancia, cuando vemos a un grupo de niños que inician una carrera y se escucha la exclamación “vieja el último”. Así, crecemos y vivimos los varones reafirmandonos como tales a partir de no parecer mujeres.

Como se muestra en la tabla anterior, la preferencia puede ser cualquiera, y llama la atención que existen muchos varones heterosexuales con cierto grado de travestismo, al igual que en varones homosexuales. Queda así claro que la homosexualidad no está necesariamente vinculada con el travestismo.

Diversos estudios han mostrado que el travestismo, sobre todo el parcial, se vincula con el hecho de que el que lo practica obtiene excitación sexual al realizarlo. Sin embargo, es factible que, con el tiempo, esto sólo se convierta en emoción y gusto, y no necesariamente desencadenador de una respuesta sexual. En el total de personas travestistas, no se refiere con tanta frecuencia el fenómeno de la excitación sexual.

Por último, estas personas, en términos generales, no buscan un nivel de reasignación, aunque en algunos casos pueden mostrar interés y realizarse algunas cirugías estéticas.

Transgénero

Cuando se habla de transgénero, nos referimos a una persona que vive las 24 h del día en el rol cruzado.

1	El sexo de la persona (dimensión biológica)	La proporción es de tres varones por una mujer.
2	La identidad de género (la persona se vive como hombre o mujer)	Su identidad de género suele ser cruzada, aunque puede no serlo
3	El rol genérico predominante (predomina en la vida de la persona el rol masculino o el femenino)	Es el rol genérico cruzado
4	La preferencia genérica (le atraen más los hombres: androfilia; mujeres: ginefilia; mujeres y hombres: ambifilia)	Pueden ser androfilicos, ginefilicos o ambifilicos
5	Existe o no excitación sexual al usar prendas cruzadas	Rara vez
6	Busca o no la reasignación en algún nivel (hormonal, quirúrgico para caracteres secundarios o reasignación de OSPES)	Buscan nivel de reasignación hormonal y quirúrgico estético pero no en el nivel de OSPES.

De Alvarez-Gayou Jurgenson Juan Luis y Millán Álvarez Paulina (2010). Homosexualidad, bisexualidad, travestismo, transgeneridad y transexualidad: derrumbe de mitos y falacias. Ediciones del Instituto Mexicano de Sexología.

En este caso, el sexo biológico puede ser uno (como hemos mencionado, primordialmente masculino) y la identidad de género puede ser concordante con el sexo o discordante. Aquí, lo sobresaliente es el hecho de que el rol genérico predominante es siempre cruzado, y que la persona lo vive día y noche, 24 h al día. Esto significa que vemos a una persona cuyo sexo biológico es masculino, total y constantemente vestida como mujer, y que puede decirnos que su nombre es Raúl o que su nombre es Alejandra.

La preferencia genérica puede ser con atracción predominante hacia hombres (androfílica), hacia mujeres (ginefílica) o puede ser hacia ambos géneros (ambifílica).

Las personas rara vez refieren la experiencia de la excitación erótica al usar las prendas, y si lo refieren, fue transitoria al principio de la práctica.

Lo que podemos decir que distingue al transgénero de la transexualidad, es el hecho de que no se busca la reasignación a nivel de los órganos sexuales pélvicos externos. En cambio, sí pueden llegar a utilizar hormonas o cirugías de carácter estético como mamoplastias.

Las personas transexuales en su proceso de reasignación pasan por un periodo de transgeneridad. Abundaremos sobre este tema más adelante.

Transexualidad

1	El sexo de la persona (dimensión biológica)	La proporción es de tres varones por una mujer
2	La identidad de género (la persona se vive como hombre o mujer)	Su identidad de género es cruzada
3	El rol genérico predominante (predomina en la vida de la persona el rol masculino o el femenino)	Es el rol genérico cruzado
4	La preferencia genérica (le atraen más los hombres: androfilia; mujeres: ginefilia; mujeres y hombres: ambifilia)	Pueden ser androfílicos, ginefílicos o ambifílicos
5	Existe o no excitación sexual al usar prendas cruzadas	No sucede
6	Busca o no la reasignación en algún nivel (hormonal, quirúrgico para caracteres secundarios o reasignación de OSPES)	Buscan nivel de reasignación hormonal y quirúrgico incluyendo OSPES

De Alvarez-Gayou Jurgenson Juan Luis y Millán Álvarez Paulina (2010). Homosexualidad, bisexualidad, travestismo, transgeneridad y transexualidad: derrumbe de mitos y falacias. Ediciones del Instituto Mexicano de Sexología.

En la transexualidad nos encontramos con una discordancia entre el sexo y la identidad de género. Es importante recordar que la identidad de género, de acuerdo a estudios más recientes, se establece para los 12 meses de edad. Esto deja claro que esta condición no es responsabilidad de las personas, es involuntaria y hasta la fecha no se conoce un origen cierto de la transexualidad, a pesar de que hay evidencias de que existe desde tiempos inmemoriales en la especie humana.

18 Ejercicio profesional en terapia sexual

Aspectos generales

Hasta aquí, se ha hablado de los procedimientos y enfoques para el diagnóstico y tratamiento de las disfunciones sexuales. A continuación, se mencionan los resultados de estos procedimientos, de las fases para la atención de la salud sexual de las personas y de los niveles de ejercicio profesional.

Resultados de la sexoterapia

Hoy en día, todavía no se establecen criterios universales para la evaluación de los resultados de la sexoterapia; además, cada grupo de terapeutas puede seguir formatos diferentes, lo que también dificulta la evaluación comparativa de resultados. En estos últimos también pueden influir factores referentes a las parejas como son: nivel educativo, socioeconómico y religión, entre otros. A pesar de estas dificultades se revisan a continuación los resultados publicados por diversos autores, para normar el criterio en cuanto a la efectividad de estos procedimientos.

Sin duda, hasta la fecha, los terapeutas que han informado el mayor número de casos son Masters & Johnson (1973); entre 1959 y 1969, ellos trataron a 790 consultantes disfuncionales: 448 varones y 342 mujeres. Del total, 733 participaron en tratamiento de pareja y 57 solteros siguieron su tratamiento con una pareja vicaria (subrogada) u otra.

Considerando al grupo total, estos investigadores informaron el resultado exitoso con la terapia (al final del tratamiento) en 82% y, al cabo de cinco años, el total de éxitos fue de 74.5%. Tomando en cuenta las tasas de efectividad terapéutica que había para la resolución de problemas sexuales antes de Masters & Johnson, estos resultados fueron extraordinarios.

A continuación se desglosan los resultados en diferentes cuadros. En **incompetencia eréctil primaria** de los 32 casos tratados, se fracasó en 40.6%; consideraron esta disfunción como su “talón de Aquiles”. En la **incompetencia eréctil secundaria**, de 213 casos se fracasó, al final de la terapia, en 26.3% y a los cinco años en 30.9%.

Es importante señalar que los datos de estos autores se presentan en términos de fallas terapéuticas, más que con base en éxitos, por ser éste el enfoque seleccionado para la presentación de sus resultados.

En la **eyaculación precoz**, de 186 casos al final del tratamiento, éste falló en 2.2% (4 pacientes) y, a largo plazo, el porcentaje de fracasos fue de 2.7% por la recaída de un consultante.

Masters & Johnson trataron 17 pacientes con **incompetencia eyaculatoria o retardada**, siendo la tasa final de fracasos de tres casos, es decir, 17.6%.

En 29 casos de **vaginismo** se resolvió la disfunción en todos con seguimiento a cinco años.

Su experiencia en **anorgasmia** consistió en 193 mujeres, habiendo fallado inicialmente la terapia en 32 de ellas (16.6%) y, al cabo de cinco años, fueron 34 mujeres (17.6%) las que no lograron corregir la disfunción.

Por otro lado, diversos autores informan también sus resultados utilizando el formato tradicional de Masters & Johnson o con alguna modificación del mismo. Ansari (1975) informa de éxito en 67% de casos de **incompetencia eréctil** en general, y Kockott *et al.*, (1975), 66%.

En cuanto a la **eyaculación precoz**, Yulis (1976) informa éxito a los cinco años en 89% de sus casos. Los resultados de otros autores no se pueden comparar, porque usan distintos criterios para determinar la mejoría.

La terapia de la **eyaculación retardada o incompetencia eyaculatoria** informada por Geboes (1979) en 72 pacientes, refleja porcentajes de éxito superiores a 80% ,y Schellen (1968), en Holanda, refiere una prevalencia de éxitos en 81% de sus casos.

Como se mencionó, Masters & Johnson comunicaron 100% de éxito para el **vaginismo**, situación ratificada por diversos autores.

El análisis de los resultados en **mujeres anorgásmicas** indica resultados de 92.4% para la primaria del grupo Masters & Johnson, 100% en el grupo de McGovern (1975) y Koblentberg (1974), y 87% en la de Wallace & Barbach (1974).

Cuando se intentan evaluar los resultados de diversos autores, es notoria la falta de uniformidad en criterios básicos y metodologías terapéuticas. Esto se debe al deseo, pocas veces confesado, de los autores por “demostrar” que tal o cual técnica es “superior” a otras. El autor ratifica lo que se ha planteado a lo largo de este texto: se debe trabajar e informar de los resultados con objetividad científica, y resulta imposible aferrarse a la idea de que un procedimiento es superior a otro. Cada consultante es un individuo con personalidad propia, conflictiva y proviene de entornos diferentes. A esto se agrega el origen diverso de las disfunciones que ya se ha analizado. Todo ello habla de que los mejores resultados se obtienen en la medida en que se valore integralmente el caso y se instituyan diversos métodos indicados, de acuerdo a los recursos terapéuticos al alcance.

Algo que es importante señalar es que se requiere de mucho interés por parte de los individuos para ir a terapia cuando una pareja ha perdido el deseo sexual por el otro. Es fundamental realizar un cuidadoso estudio e historia sexual, pues muchas veces esa pérdida de deseo es simplemente pérdida de atracción o interés por la pareja en lo erótico. Se puede amar mucho a una persona y no sentir atracción erótica.

Por otro lado, después de muchos años como psicoterapeuta y psiquiatra, además de sexólogo clínico, Álvarez-Gayou todavía no ha encontrado la forma de lograr que alguien haga algo que no quiere hacer. De tal modo que cuando acude una pareja con este problema en alguno de los dos, es que pudiera ser una situación de este tipo y entonces será muy poco lo que podremos hacer como sexoterapeutas.

Es importante verificar de manera científica los resultados de muchos de estos procedimientos. La práctica privada de la sexología clínica permite determinar que tendremos en general entre un 80 y 85% de resultados favorables, cuando no hay problemas de pareja insalvables. En la experiencia del autor no es raro que alguna persona, hombre o mujer, acudiera con su pareja por una disfunción; al terminar su relación, regresan años después buscando individualmente ayuda porque pretenden iniciar una nueva relación de pareja.

Fases para la atención de la salud sexual

En un estudio realizado por el autor se presentaron viñetas clínicas de dos casos que muestran cómo el sexoterapeuta, en México, trata a consultantes con características muy especiales, lo que implica que el profesional esté consciente de la necesidad de valorar y seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados a las necesidades de éstos.

De ahí que se considere importante volver a analizar el proceso que implica la atención de la salud sexual de cualquier persona aquejada de una disfunción. Este proceso se desglosa en un modelo que consta de tres fases fundamentales (figura 18-1).

La **primera fase** es un proceso que se presenta de manera primordial en los consultantes potenciales. Ocurre por efecto de la información y educación informal que reciben. Tiene tres niveles relacionados en forma sucesiva: 1) **percatarse** de que hay una disfunción o problema, 2) **aceptar** que éste existe y afecta a la persona, y 3) en función de ello, tomar la decisión de **buscar ayuda**. Esta búsqueda se da a varios niveles, pero para este modelo se considera que acude con un profesional de la salud, y es aquí donde se debe dar la segunda fase que tiene como objetivo terminal el **diseño de la estrategia terapéutica adecuada**. La que está definida por un **diagnóstico integral** que determina las **necesidades específicas**, incluyendo las **metas** y **los procedimientos** para lograrlo. El **diagnóstico integral** se obtiene con base en la **empatía** y **comunicación** aunadas a la investigación de la **historia** y a un estudio **psicofisiológico** del consultante. Esta segunda fase depende principalmente del profesional de la salud, contando con la participación y colaboración del consultante.

Si la primera fase se da en el consultante potencial y la segunda es responsabilidad del terapeuta, la tercera es la conjunción participativa de ambos. En esta fase tendrán que darse tres condiciones que, como ya se ha visto, dependen de la disposición del consultante y habilidad del terapeuta: 1) **comprensión, por parte del consultante**, de lo que implica y es el **proceso terapéutico**, 2) **aceptación del proceso** por él mismo, y 3) **su colaboración** para la realización del proceso.

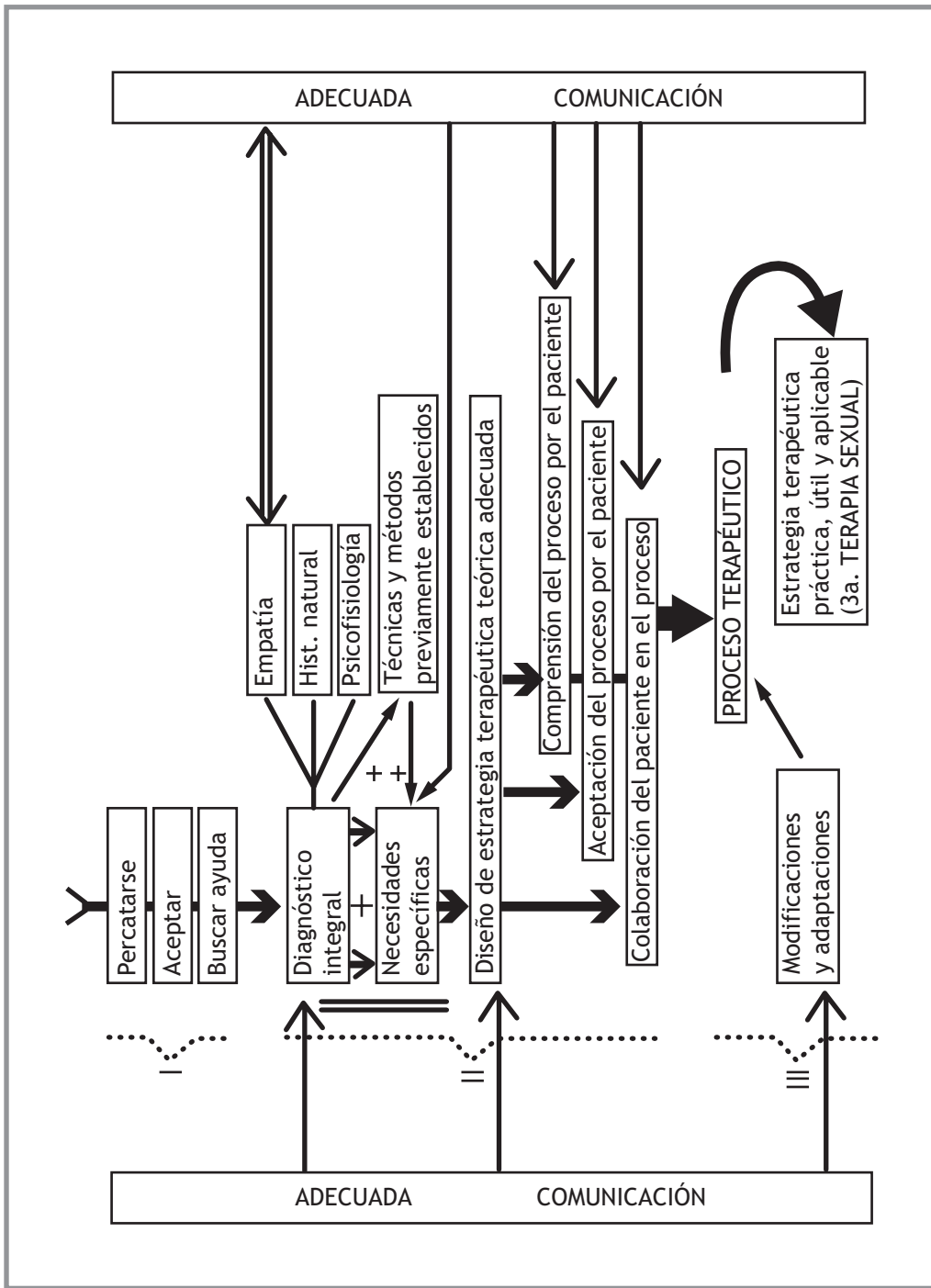


Figura 18-1. Fases para la atención de la salud sexual.

Así, surge la situación terapéutica con las modificaciones y adaptaciones que provienen del mismo proceso, a partir de lo cual se origina la **estrategia terapéutica útil y aplicable** para atender la salud sexual de los consultantes.

Esquema de atención para el no especialista

En el capítulo 11 se mencionan los análisis de factibilidad terapéutica que debe hacer todo profesional ante una disfunción sexual. Sin embargo, se debe ser realista y comprender que, en nuestro medio, no hay aún especialistas suficientes para atender al número creciente de consultantes que llegan a solicitar ayuda. En función de ello, se presenta un esquema que se encuentra al alcance de cualquier persona no especialista, siempre que reúna ciertos requisitos.

Lo primero que debe definir el profesional es si está dispuesto a invertir un tiempo mayor con el consultante o pareja, del que suele utilizar por lo general. En segundo lugar, valorar si su nivel de conocimiento y actitudes ante la sexualidad son suficientes y adecuados, respectivamente, para evaluar y enfrentar el problema. En seguida, es condición *sine qua non* hacer el estudio clínico completo del caso, considerando las cuatro áreas: **médica, psicológica, social y educativa de la pareja**.

El resultado, junto con el establecimiento de las metas terapéuticas, permite valorar el nivel de atención que es factible dar. Hay algunas disfunciones que en opinión del autor deben enviarse directamente al especialista, y son: incompetencia eréctil e hipolubricación primarias, anorgasmia primaria, incompetencia eyaculatoria primaria y casos en que el deseo esté disminuido. En general, salvo raras excepciones, requieren atención especializada también las siguientes situaciones: casos de transexualidad, expresiones comportamentales que molesten a las personas, incesto, ataques sexuales a niños y cualquier disfunción que tenga tiempo de haberse establecido.

El no especialista bien informado y con actitudes adecuadas, podrá atender, bajo el esquema que se menciona a continuación, casos de: dispareunia, eyaculación precoz, incompetencia eréctil secundaria, problemas referentes a efectos de drogas o fármacos, enfermedad o cirugía, así como preocupaciones y dudas concernientes a “normalidad” o provocadas por información deficiente.

Convendrá que el no especialista defina y limite la duración del proceso que va a iniciar. Kolodny (1979) recomienda que cualquier caso sea referido si no se percibe mejoría al cabo de seis sesiones de asesoría o terapias. Es probable que más de 70 de las consultas por dudas o problemas en cuanto a la sexualidad sean resueltas por un no especialista con información adecuada, actitudes aceptativas de la propia sexualidad y de la de otros, y con profesionalismo.

Una vez hecho el diagnóstico y determinadas las metas, las seis sesiones terapéuticas se dedican a proporcionar información, modificar actitudes, asignar tareas como **caricias y reconocimiento corporal**, y tratar de disminuir la ansiedad y la tendencia en los consultantes a autoobservarse.

Cuando el profesional detecte que hay serios problemas en la relación de la pareja, en cuanto a la propia imagen corporal, conflictiva psicológica importante, psicosis, o resistencia acentuada, lo mejor será referir el caso **desde** el inicio.

Algunos tendrán una solución relativamente sencilla; en ocasiones, utilizando sólo **caricias y reconocimiento, recurriendo** a la técnica de Semans (1956) o utilizando dilata- dores en un caso de vaginismo. Aunque en la actualidad no se pueden precisar las razones que expliquen fracasos o éxitos, la experiencia clínica muestra, en un buen número de casos, que la falla consiste en un estudio integral del individuo o la pareja deficiente y, por tanto, en una mala comprensión de la fisiopatología de la disfunción.

Como se ha venido repitiendo, la terapia de las disfunciones sexuales no es campo pri- vativo de un solo grupo profesional, en apoyo de lo cual se analizan los diferentes niveles para abordar éstas.

Niveles de ejercicio profesional

El carácter interdisciplinario de la sexología plantea la posibilidad de que su ejercicio rebase al ámbito del área biomédica. Esto también es cierto al referirse al campo terapéutico de las dis- funciones sexuales. Se considera que la atención terapéutica puede darse, como se sabe, a uno de tres niveles: primario o preventivo, secundario (de atención) o terciario (rehabilitación).

A nivel preventivo, quien es en realidad el principal terapeuta, es el educador, sea maestro, trabajador social, enfermera u otro profesional. Como se ha visto, un número im- portante de disfunciones tiene su origen en información deficiente y actitudes represivas y negadoras de la sexualidad como fuente de placer y desarrollo personal.

En cuanto a la atención también se considera que no sólo el profesional de la salud puede participar en el proceso terapéutico, todo depende, como se ha dicho reiterada- mente, de la preparación profesional y del grado de aceptación integral de la sexualidad. Además, muchas disfunciones sexuales pueden resolverse mediante un proceso educativo integral, es decir, que incluya los dominios cognitivo, afectivo y psicomotor.

Una segunda dimensión de la atención son los casos en los que ya no basta una interven- ción educativa, sino que en ellos participan de manera importante elementos psicodinámicos individuales o de la pareja sin que sean de gran profundidad o complicación. En este aspecto, también podrán intervenir terapeutas con formación de educadores en sexología o a un nivel de técnicas psicoterapéuticas básicas. Éste pudiera ser el campo profesional que, en países sajones, se conoce como “counsellor”, es decir, consejero o asesor.

Cuando el grado de complicación de la conflictiva psicológica individual es mayor, la atención terapéutica corresponde a un profesional experimentado quien además tenga una formación sexológica sólida en educación y en técnicas psicoterapéuticas. Si en la cau- sa intervienen de manera importante factores de la dinámica de la relación de la pareja, se requerirá, además, la habilidad y experiencia en el manejo de este tipo de problema.

La tercera dimensión de atención de disfunciones y problemas sexuales es en la que, por causa orgánica o alteración concomitante, se requiere de manera necesaria una partici- pación del médico, principalmente el especialista en ramas como la ginecología y obstetri- cia, urología, genética, endocrinología o incluso diversas especialidades quirúrgicas. Estos niveles de atención de la salud sexual se expresan en forma esquemática en la figura 18-2.

En el siguiente nivel, la rehabilitación, se repiten los niveles mencionados.

Como se ha visto, la atención de la salud sexual de las personas es parte importante de la salud integral, y ya no puede ni debe ser olvidada por los profesionales o las institu- ciones académicas y de servicio. La atención de la salud sexual de una población requiere

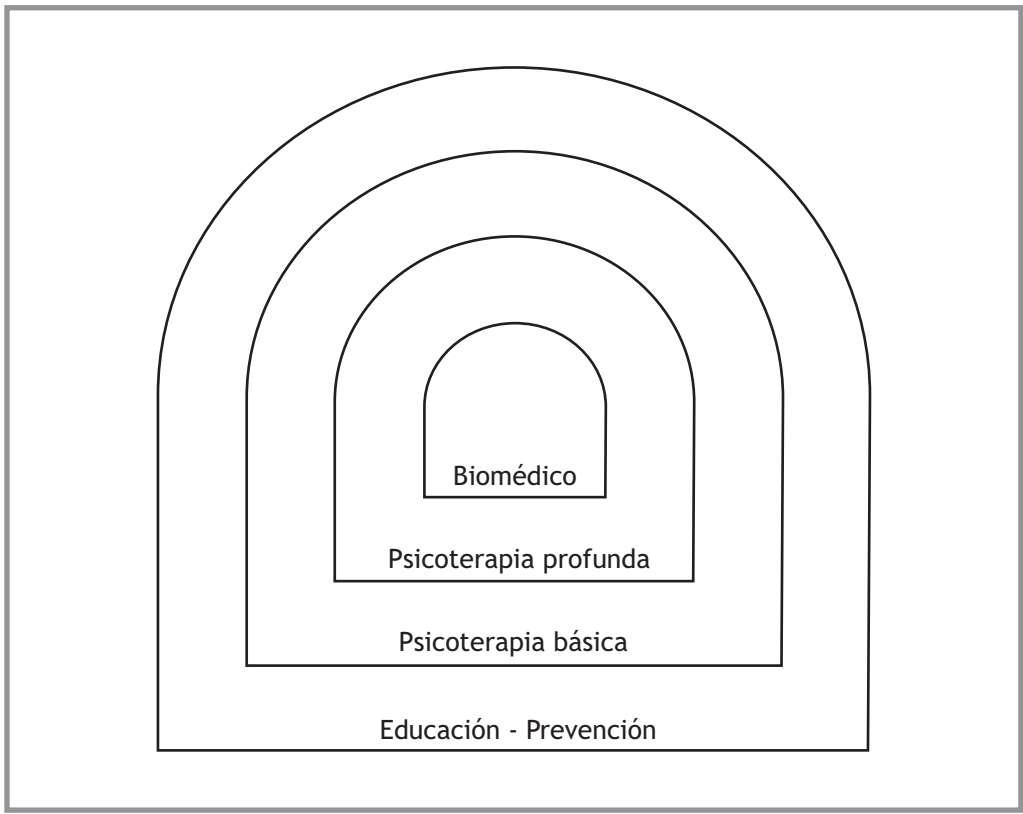


Figura 18-2. Niveles de ejercicio profesional.

de profesionales que además de poseer el dominio cognitivo, sean capaces de considerar la sexualidad de sus consultantes en forma objetiva, libre de mitos y prejuicios, a la vez que con una actitud humanista. La atención integral de la salud sexual requiere de un cuidadoso y minucioso estudio de la dimensión biopsicosocial del ser humano para desentrañar los factores causales del malestar sexual y, en función de ello, determinar metas y estrategias idóneas para resolver este último.

La sexología y el ejercicio terapéutico de la misma son eminentemente multidisciplinarios, por lo que se considera que la atención óptima de las disfunciones y problemas sexuales, conservando siempre la mira del bienestar del consultante, es mediante la conjunción de los diversos enfoques y preparación de un grupo multidisciplinario con una formación sexológica sólida.

Se considera este esfuerzo como un germen que algún día florecerá, siempre y cuando se lleve en mente la frase de Bertrand Russell (1948): **“Debemos aprender a respetar mutuamente nuestra intimidad y a no imponer nuestras normas morales a otros”**.

Sección V

Casos clínicos

Caso 1

Información básica del consultante

Nombre: Minerva

Edad: 31 años

Sexo: femenino

Lugar de origen y radicación anterior: México DF.

Estado civil: soltera

Escolaridad: licenciada en pedagogía

Ocupación: pedagoga

Religión: católica

Motivo de consulta

Me duele, me arde cuando me penetran.

Resumen del caso

La consultante es una mujer joven con edad aparente menor a la real, con facciones agradables y figura bien proporcionada, con estatura un poco mayor a la estándar. Es delgada y viste con pulcritud y esmero, aunque de manera informal.

Sus padres pertenecen a diferentes grupos étnicos y su relación con ellos ha sido tirante; hay conflictos en la pareja a causa de la “irresponsabilidad del padre” y los resentimientos y agresividad que la madre guarda respecto a los hombres; ambiente que determinó la educación de Minerva.

La relación es más cercana con la madre que con el padre, tiene una hermana dos años mayor que ella; llevan buena relación aunque superficial. No recibió una educación de la sexualidad formal.

A los siete u ocho años tuvo juegos eróticos con un amiguito de su misma edad, consistiendo en caricias a órganos sexuales. Se tocaba mucho los labios menores, recibiendo comentarios burlones y peyorativos de su madre y hermana; estos tocamientos no los identificaba como masturbación y los realizaba con una frecuencia muy variable.

A los 19 años, tiene su primer coito, tardando 4 semanas en lograr la penetración “porque me dolía mucho”. Esta relación la considera poco adecuada por ser su novio “superficial, dominante y celoso”; sin embargo, cuando él ya estaba desesperado porque no se había llevado a cabo la penetración, ésta sucedió sin que Minerva se diera cuenta y sin dolor, en dicha ocasión, la consultante estaba menstruando. Durante este noviazgo nunca llegó al orgasmo y “me decepcionó el sexo”. Con la siguiente pareja descubre el orgasmo.

Posteriormente, se inicia una sucesión continua de parejas, de diferente personalidad, nacionalidad, edad, etc., sin lograr una relación estable satisfactoria, por no haber correspondencia de sentimientos: “cuando yo quería, no me querían y cuando no los quería ellos me correspondían”.

Después de una infección renal, empieza a notar la disminución de su deseo sexual por las molestias que percibía poscoito; en ocasiones, llegó a espaciar sus relaciones sexuales hasta por dos años.

Niega experiencias homosexuales, pero admite tener, en ocasiones, fantasías con personas de su mismo sexo. Asimismo, niega otras expresiones comportamentales de la sexualidad a nivel erótico.

Prefiere hacer el amor acostada por resultarle más cómodo con caricias suaves, dulces, tiernas y, además, que le toquen todo el cuerpo. Manifiesta desagrado por el cunnilingus (estimulación de los órganos sexuales externos femeninos con los labios o lengua) y fellatio (estimulación del pene con la boca), ya que los órganos sexuales masculinos y femeninos le disgustan. No le gusta que la toquen con violencia o brusquedad, ni que le acaricien los senos.

Informa que se niega a tener relaciones sexuales por temor a presentar una imagen "poco femenina y me tomen por frígida".

Se define "frígida", sin deseos de hacer nada, estudiante regular y profesionista, aunque le gustaría realizar la maestría y después el doctorado.

La consultante acude puntual y por su propia voluntad a sus citas con actitud libremente escogida. El contenido del discurso guarda concordancia con su conducta bien orientada en las tres esferas: tiempo, espacio y persona. No hay datos indicativos de psicosis. Clasificación caracterológica: orientación receptiva, acumulativa. Manifiesta tendencias autodestructivas.

Se descarta origen biológico de las disfunciones. Goza de buen estado de salud, refiere nefropatía desde hace algunos años, que remitió dejando secuelas ocasionales de cistitis. Mamoplastia.

El *test* (prueba) de actitudes ante la sexualidad, manifiesta en el área RY (para mí) apertura y aceptación general, excepto en el área 2 que corresponde a homosexualidad, bisexualidad, heterosexualidad, y también en la 12 correspondiente a transexualidad y papeles. En el área RO (para otros) aceptación en todas las áreas, excepto la 12.

Diagnóstico

Apatía y dispareunia

Conflictos en sus relaciones sociales y familiares.

Pronóstico

Estrategia terapéutica y metas

1.1.1 Decremento de la fase de estímulo sexual efectivo: apatía.

Meta: incrementar la fase de ESE.

Decremento de la fase de excitación: hipolubricación.

Meta: incrementar la fase de excitación.

1.3.2 Carácter: orientación receptiva

Meta: disminuir la rigidez, propiciar iniciativa

1.3.3 Ansiedad.

Meta: disminuir la ansiedad-

1.3.4 Mecanismo de defensa: racionalización, negación, represión-

Meta: propiciar apertura.

1.4.1 Educación cognoscitiva: necesaria.

Meta: dar información básica sobre sexualidad.

1.4.2 Afectiva.

Meta: modificar actitudes, sexualidad como fuente de placer y no como obligación.

Caso 2

Información básica del consultante

Nombre: Eduardo
Edad: 34 años
Sexo: masculino
Estado civil: unión libre
Escolaridad: bachillerato
Ocupación: agente de ventas
Religión: católica

Motivo de consulta

Porque quiero resolver mi problema sexual que es el de la eyaculación precoz.

Resumen del caso

El padre de Eduardo de 65 años es comerciante y ha triunfado económicamente, predica a favor de la rectitud de conducta; sin embargo, varias veces, cometió actos fraudulentos que a punto estuvieron de llevarlo a prisión. “Es católico sólo de nombre, pues nunca ha ido a misa”. La madre de 60 años, es ama de casa, muy sana, “aunque siempre se queja de todo”. Eduardo señala: “si con mi padre las relaciones han sido superficiales con ella aún más, no es fría en su trato con nosotros, es helada”.

Es el quinto de nueve hermanos, se lleva muy bien con todos, excepto con el que le sigue, ya que siempre lo agredió a pesar de ser dos años menor. “Heredo sólo las cosas negativas de mi padre; no hay persona que reconozca a la que no haya ‘tranzado’, además se siente irresistible para todas las mujeres, cree que todas deben caer rendidas a sus pies; no respeta a ninguna de ellas; no importa si está acompañada o no, él reaccionará como un animal y la seducirá”. Rocio es su pareja actual, tiene 23 años, secretaria, católica, “mucho menos que yo”.

“Nunca hubo un verdadero contacto familiar, mi padre ocupado en triunfar en sus negocios; mi madre con vocación para todo menos para ser madre; las pocas veces que coincidían en el hogar discutían acerca de todo, sólo estaban de acuerdo para exigirnos determinado comportamiento o reprendernos en caso de no habernos portado como ellos querían. Quise andar con mis hermanos mayores, pero ellos siempre me rechazaron; adoptaron el papel de padres y me regañaban, me imponían tareas o me reprendían por la cosa más mínima. Mi hermano José Luis es dos años menor que yo, no obstante, ha sido una constante pesadilla para mí; ayudó bastante el que su desarrollo físico fue mucho más rápido que el mío, además mientras yo fui engordando, él tuvo y ha tenido un cuerpo muy atlético; desde que yo me acuerdo ha presumido con respecto a sus triunfos con las mujeres y a las conductas (‘muy desagradables’) sexuales que en diferentes épocas ha tenido. Crecí a la sombra de los triunfos de mi padre y de mis hermanos mayores y, por si fuera poco, bajo la terrible presión de José Luis: se ufanaba de todo, se burlaba de todo lo mío, lo odié mucho, quise en muchas ocasiones que se muriera, me soñé matándolo; me dediqué

al estudio y me fue muy bien; por esta época, mi padre hizo sus 'trancitas' y, por lo tanto, todos tuvimos que trabajar ('excepto José Luis, no quiso'). Yo ya no volví a la escuela, comencé vendiendo libros de puerta en puerta y me fue muy bien, me costaba trabajo hablar con la gente, pero me daba la oportunidad de estar lejos de mi familia. Inventé un método para tener éxito y lo logré, fui escalando puestos y actualmente ocupo un puesto muy importante en la compañía en que comencé".

A los 25 años decidió independizarse y alquiló un departamento. A partir de ese momento comenzó a sentirse mejor.

En esta decisión influyó mucho su psiquiatra; dado que se sentía muy desubicado, pensó que era necesario consultar un especialista y así lo hizo. "Me ha ayudado increíblemente, comprendí las 'broncas' no resueltas de mis padres y mis hermanos, me di cuenta de que soy medio obsesivo, pero gracias a esto he logrado mi triunfo en mi carrera".

"Quizá porque llevo más de 16 años bajo tratamiento psicoanalítico, tengo la costumbre de psicoanalizar a los demás, pero que quede bien claro, la mayoría de las veces ocurre de manera inconsciente. Lo único que no he podido digerir son las actitudes de José Luis, tengo miedo de que me pueda hacer daño, que vaya un día a seducir a Rocío, es muy bajo, muy canalla, es capaz de todo".

"Considero que soy un hombre responsable, que a pesar de los familiares que tengo he triunfado, que sigo creciendo, que tengo la compañera casi ideal, me gusta la rectitud, honradez, respeto y disciplina; no me gustan, con lo que respecta a educación, las innovaciones, estoy seguro que los sistemas rectos son los mejores para la educación, siempre hace falta algo de fuerza para usarla con los niños y, más aún, con los jóvenes; con respecto a la religión, tengo mis conceptos establecidos y nadie los va a derrumbar ni siquiera moverlos. Sé que soy muy celoso".

"Es una mujer muy hermosa, lo cual me agrada porque es mi mujer, pero me molesta porque los hombres la voltean a ver con ojos de deseo; medianamente inteligente; sin duda me atrae su belleza, pero quizá lo que más me gusta es su disposición para hacer lo que yo diga; me satisface que ella ya no trabaje, logré dos cosas: así no la estarán viendo sus compañeros y además depende de mí".

Por parte de sus padres, nunca obtuvo una educación de la sexualidad; ellos no abordaron el tema como tal, trataban de disimularlo y, si por alguna razón surgía, de inmediato cambiaban el tema de la conversación; sus padres se besaban cuando su madre regresaba cada domingo de misa, el beso era en la frente: "yo creo que mi madre nunca ha gozado una relación sexual, es tan fría y tan apática que casi no se puede creer; sin embargo, nunca mejorará porque es muy reprimida". Con respecto al sexo, su primer recuerdo es: "¡niño, no toques ahí!" No sabe porqué se lo dijo su madre, pero el recuerdo de la frase está muy fresco. A los seis o siete años se imaginaba que era "El Zorro"; "en el patio había una viga montada sobre otros estantes, yo me montaba en ella, previamente había puesto una toalla que hacia veces de silla, me ponía mi sombrero, mi antifaz y otra toalla al cuello que era mi capa y partía a perseguir delincuentes, cabalgaba mucho y peleaba contra ellos, a veces me herían (orgasmo) y caía sobre el cuello de mi caballo y me quedaba echado sobre él hasta que me reponía, me gustaba mucho el juego, pero una vez, creo que me senté muy adelante en la viga y después de una larga y emocionante persecución fui herido (orgasmo) y caí hacia adelante, sólo que no había vigas, sino el cemento del piso del patio; cuando desperté no estaba en un fuerte sino en la cocina, me lavaban con agua oxigenada y alcohol,

tenía una fea descalabrada, la cicatriz aún persiste en la frente, pero la cubro con pelo. Mamá me apreciaba porque yo amarraba el mecate del tendedero cada vez que se rompía o se zafaba, era una delicia subir frotándose poco a poco y alcanzar el orgasmo una vez que terminaba de atarlo para descender lentamente; ella jamás se explicó porqué me gustaba jugar tanto a los bomberos”.

Estos actos no llevaban fondo erótico, es su hermano José Luis quien le dice una noche: “me voy a hacer una ‘puñetita’ delante de ti en honor de mi novia”. “Es una de las veces en que más lo he odiado, tenía yo 14 años y, aunque me masturbaba, se me figuró que era muy sucio porque en ese entonces yo no usaba las manos, sólo me frotaba un cojín entre las piernas, además invadió mi intimidad; en realidad, me sentía mal conmigo mismo, pues sabía que era un pecado, más aún si José Luis también lo practicaba. En la actualidad, tengo miedo de que sea malo, siempre me han dicho que no pasa nada, pero sigo teniendo miedo de que se me acabe la potencia, a veces he pensado que es lo mejor, ya que creo que es una fuente de placer que no crea problemas, desde que vivo con Rocío ya no lo he hecho”. El primer coito lo tuve a los 24 años; “pensé que ya era tiempo de hacerlo, no me gustó la chica que me tocó, no bien había introducido el pene cuando eyaculé, tras una discusión de unos 15 min. logré convencerla que lo hiciéramos nuevamente, me tardé bastante, no sé si lo hizo por convicción o porque ya no quiso seguir discutiendo”.

“Tuve unas cuatro novias, pero todas eran de ‘manita sudada’, con las que sí tenía ‘fajes’ muy ‘gruesos’ era con las sirvientas, no perdía yo oportunidad de frotarme contra ellas, cualquier oportunidad era buena, apenas las tocaba, eyaculaba, ellas sólo se reían; en los camiones era lo mismo, decidí usar un pañuelo, pero dentro de la trufa para no manchar tanto los pantalones. A los 27 años tuve una amante; durante un mes hicimos el amor unas tres ocasiones, el primer día eyaculé muy rápido, pero me apresuré a decirle que en la segunda me tardaba más; lo hicimos nuevamente y sí me tardé. Otra vez que nos vimos en mi departamento, creo que eyaculé demasiado pronto, pues se puso hecha una fiera, comencé a decirle que en la segunda ocasión me tardaba más, no lo oyó y se marchó inmediatamente. La tercera vez me masturbé antes de encontrarla, fuimos a mi departamento y pasó bastante tiempo para que tuviera mi erección, yo estaba feliz porque me estaba tardando, antes de penetrarla eyaculé y se enojó mucho, bueno hasta me arañó, decidí que debía terminar esa relación”.

“Mi psiquiatra me dijo que sólo debía calmarme y perder el miedo: conocí a Rocío en un encuentro de nuestras compañías, salimos cerca de ocho meses y un día tuvimos una relación y ella sangró. Me puse a analizar la situación y le dije que podíamos vivir juntos mientras encontrábamos quien nos podía ayudar; en caso de que no fuese posible, pues nos separaríamos, pero si se puede arreglar mi problema nos casaremos, me siento feliz de que ella era virgen cuando hicimos el amor”.

Por la rama materna se describen varios miembros de la familia con padecimientos susceptibles de clasificarse como neurosis: José Luis (hermano); alcohólico, padeció las enfermedades eruptivas comunes de la infancia: apendicectomía a los nueve años (se descubrió que el apéndice no estaba inflamado), asma bronquial desde que estaba en la secundaria: los ataques eran más frecuentes cuando había problemas o si no usaba ropa abrigada por la noche. Desde que vive solo ya no los padece a pesar de que fuma 60 o 70 cigarrillos por día desde los 25 años. A partir de año y medio, debe tomarse una anforita de brandy cada noche para dormirse.

En este consultante, la obsesividad es uno de sus rasgos característicos, analiza a cada una de las personas que conoce, principalmente a Rocío. Tiende a deprimirse con mucha facilidad y todo lo analítico, que es la mayoría de las veces, se pierde ante situaciones de estrés. Se muestra precipitado e impulsivo. Con respecto al *test* que mide las actitudes hacia la sexualidad propia y de los demás, dijo y se corroboró en su gráfica: “todo lo que yo haga, lo pueden hacer los demás”.

Tiene una orientación acumulativa con aspecto negativo según caracterología de E. Fromm.

Diagnóstico y metas

- 1.1.1 Disfunción en la que existe decremento de la fase de meseta: eyaculación precoz.
Meta: incrementar la fase de meseta.
- 1.3.2 Neurosis de carácter que provoca ansiedad.
Meta: abatir la ansiedad y flexibilizar.
- 4.4.4 Racionalización como mecanismo de defensa.
Meta: conscientizar.
- 2.2.2 Educación cognitiva y afectiva son necesarias.
Metas: educar y modificar actitudes.
- 1.1.2 Atracción física.
Meta: mejorar atracción física.

Caso 3

Información básica del consultante

Nombre: Kathleen W.

Edad: 29 años

Sexo: femenino

Estado civil: casada

Escolaridad: bachillerato

Ocupación: decoradora

Religión: católica

Motivo de consulta

Vengo porque no tengo ganas de hacer el amor, y cuando lo hacemos casi nunca llego al clímax.

Resumen del caso

Kathleen proviene de una familia “muy puritana”.

“No es que mis padres fueran muy religiosos, sino que eran muy educados y finos; nunca los vimos sin que estuvieran completamente vestidos, incluso el comprar ropa interior, era llevado a cabo con mucha discreción. Tuve pocas amigas y no íntimas”.

Niega pláticas y juegos eróticos en la infancia. Su información sexual consistió en un “libro muy técnico sobre la menstruación y embarazos, que mi hermana me dejó sobre mi buró después de que tuve mi primera regla”.

“Cuando tenía 11 años de edad, mi mamá no me dijo nada, ella no hablaba de estas cosas”.

Su primer novio se llamaba Esteban. Durante el noviazgo hubo besos, abrazos y contactos corporales por encima de la ropa, sin que se tocaran los senos y los órganos sexuales.

Su primera relación coital la tuvo a los 17 años, en la “luna de miel”, después de dos intentos infructuosos, siendo el coito muy doloroso y difícil: “no fue lo sublime que esperaba, aunque claro, no era cualquier cosa; sin embargo, regresé contenta después del viaje de bodas”. Explica acerca de su percepción subjetiva del orgasmo “sentir que el mundo rodaba sólo fue en contadas ocasiones”.

En la actualidad, sostiene relaciones sexuales dos o tres veces por semana, la mayoría a iniciativa de Esteban; se manifiesta satisfecha con esta frecuencia **“no es que quiera más o menos veces, sino que sea sentimental y romántico porque somos él y yo, no por ser hombre y mujer y sea necesidad”**. “No me gusta sentirme presionada porque hay que hacerlo o porque celebramos algo, quisiera que hubiera plática, cortejo. No me gusta la rutina, a veces lo hacemos en diferentes lugares y diferentes horas” (los cambios que introducen incluyen técnicas o posiciones nuevas, casi siempre es ella abajo y el arriba). Por lo general, es Esteban quien inicia los acercamientos sexuales. No le gustan las películas eróticas, el fellatio ni el cunnilingus, “prefiero las cosas suaves, lentas, sentimentales a las apasionadas, tampoco me gustan las cosas estrambóticas como los que se amarran”.

“Cuando Esteban alcanza el clímax antes que yo, aunque me acaricia, pierdo el interés porque siento que se vuelve obligación, ya que no es una cosa mutua, sino para darme gusto”.

Se define como buena madre y esposa, romántica, sentimental y muy moral. Define a Esteban como: “íntegro, animoso, atractivo aunque intolerante; si no piensan o actúan como él quisiera que lo hicieran se molesta y a veces es hiriente; de él me gustan su estatura, sus ojos y sus manos”.

Dice no tener orgasmo en la relación sexual, pero admite liberar tensión física y llegar al relajamiento muscular, lo cual se comprueba en el análisis de sus curvas de respuesta sexual. Decremento de la fase de estímulo sexual efectivo, apatía e incremento de la fase de meseta: anorgasmia secundaria.

Diagnóstico

Decremento de fase mioclónica con ausencia de percepción placentera subjetiva.

Pronóstico

Sujeto a evolución.

Comentarios

Es importante hacer notar que, a pesar de que la historia está resumida, el origen sociocultural de la disfunción y la formación recibida en el hogar por la consultante son

determinantes en la rigidez de la conceptualización sobre la sexualidad y la sublimación idealizada de la “limeranza” en la relación sexual.

Metas terapéuticas

1.1.2. Apatía. Meta: incrementar fase de estímulo sexual efectivo.

Anorgasmia secundaria subjetiva

Meta: acortar fase de meseta.

Abatir el umbral a la percepción placentera.

Área psíquica

1.3.2 Carácter: receptivo.

Meta: establecer niveles de decisión y acción.

1.3.3 Ansiedad.

Meta: disminuir la ansiedad.

1.3.4 Mecanismos de defensa: racionalización.

Meta: disminuir la rigidez.

Área social

1.4.1 Educación (cognitiva) necesaria.

Meta: proporcionar información objetiva.

1.4.2 Educación (afectiva).

Meta: modificar actitudes.

Pareja; área relación

2. 2.1 Comunicación.

Meta: mejorar la comunicación.

Otras: poca participación.

Incrementar la participación.

Respuesta sexual

Meta: modificar respuesta sexual.

Caso 4

Información básica del consultante

Nombre: Jacobo R.

Edad: 78 años

Sexo: masculino

Lugar de origen y radicación anterior: Europa

Estado civil: viudo

Escolaridad: bachillerato

Ocupación: semirretirado de los negocios

Religión: judía

Motivo de consulta

No funciono sexualmente con las mujeres.

Resumen del caso

Huérfano desde los 10 años, no recuerda a su madre; describe a su padre como “generoso, dedicado a su familia, sin mucha comunicación, y aun menos en el aspecto sexual”. Define su relación con el padre y hermanos como “buena”.

Refiere no haber tenido juegos eróticos, por criarse en una comunidad muy pequeña y conservadora. No tuvo información sexual; recuerda sus primeras eyaculaciones nocturnas alrededor de los 15 años, acompañadas de alivio, desahogo y “molestias en la nuca”.

Empezó a masturbarse entre los 15 y 16 años de edad, una vez por semana en promedio, con fantasías eróticas con alguna mujer, pero temeroso de que pudiera ocasionarle “daño al cerebro o debilidad sexual”, no tenía relaciones sexuales por timidez, además de que toda la información que tenía sobre este tema fue proporcionada por amigos y compañeros de escuela. Tuvo su primer coito con una prostituta a los 19 años, sin caricias, ni estimulación, apresuradamente, deseando terminar, con desagrado por el lugar y las circunstancias. “Una vez que hube superado el susto de la primera vez, seguí teniendo relaciones sexuales con prostitutas con una frecuencia de una vez por semana, y poco a poco iba obteniendo más placer, relativamente, ya desde entonces noté que terminaba muy pronto y que mis erecciones carecían de firmeza”.

Tuvo dos novias antes de conocer a su esposa, pero sin relaciones sexuales, las define como “noviecitas santas”.

El año anterior a su matrimonio padeció una enfermedad de transmisión sexual (gonorrea), recordando el proceso como “doloroso” y resistente al tratamiento (época preantibióticos, 1935), que terminó casi un día antes de la boda.

Su esposa era virgen, define las primeras relaciones como muy intensas, logrando la penetración en el primer intento, pero aproximadamente al mes notó un decremento en la firmeza de sus erecciones y un aumento en la rapidez de sus eyaculaciones, por lo que empezaron los problemas en la pareja, “yo me sentía humillado por no poder satisfacerla y lo atribuyo a mi vida de soltero, a la gonorrea”.

Dice de su pareja “sumamente atractiva y muy sexual, siempre sentí celos, ya que al saberla ardiente, temía que buscara un amante por no tenerla satisfecha, aunque mis celos eran infundados, pues ella jamás me dio motivo para pensarlo”; la define como de carácter fuerte y agresiva. Refiere su relación como “buena y con problemas como todos”. Tuvieron tres hijos en cinco años.

Utilizaban los preservativos como método anticonceptivo, “no me gustaban pues sentía que me restaban potencia”.

Sostuvo relaciones extramaritales de manera ocasional, sin lazos afectivos, pero con mayor incidencia cinco años antes de la muerte de su esposa, ya que suspendieron por completo la intimidad sexual, “no tenía potencialidad para relacionarme”.

“Desde hace cinco años no he tenido casi nada, por el temor a quedar mal por no haber erección; reconozco que he descuidado este aspecto de mi vida”. Por el momento, menciona no tener oportunidad de relacionarse con mujeres por lo que no tiene pareja y pide se le ayude.

Se percibe incomodidad y desagrado al mencionar el cunnilingus y fellatio, y dice que “este tipo de cosas no se hacen”.

Le gustan los besos, caricias, acariciar los senos, abrazos, dice ser apasionado y agresivo, pero “no sádico”, se inhibe al hablar de órganos sexuales.

Refiere que sus fantasías no tienen límite, y que la más frecuente es la de realizar “el coito normal” pero que no la puede efectuar por su incompetencia.

Goza de buena salud, duerme y come bien, se percibe sobrepeso, pero no hace nada por controlarlo, indica que le “encanta la comida”.

No fuma y sólo en ocasiones toma un poco de vino en las comidas.

Se nota gran represión e inhibición en el área de la sexualidad (rubor, corte súbito de las frases, posición cerrada del cuerpo, mente en blanco), se muestra animoso, con deseos de renovarse, sentirse joven, gran rigidez en los patrones de conducta femenino y masculino, y su proyección en las relaciones, así como el concepto dual de las funciones de la mujer (en la vida matrimonial, y para el placer, “virtud y pecado”). Los análisis clínicos descartan cualquier causa física.

La prueba de actitudes y opiniones revela áreas de fuerte rechazo hacia la mayoría de las expresiones comportamentales de sexualidad, con cierta apertura para otros, pero no para sí mismo.

La causa de sus disfunciones se considera desde el punto de vista del aprendizaje sexual con prostitutas, las condiciones en que se dieron y la carga sociocultural.

Estrategia terapéutica y metas

Disfunción en decremento de la fase de ESE y de EXC, lo que ocasiona apatía y una incompetencia eréctil secundaria, con antecedentes de eyaculación precoz.

1.1.1. Descartando problemas biológicos, se percibe ansiedad y temor al desempeño sexual.

Meta: incrementar la fase de ESE y de excitación.

1.3 .3 Área social: educación.

Meta: educar cognitivamente y afectivamente.

1.4.1 Disminuir ansiedad: educar afectivamente.

Mecanismo de defensa, sublimación: ocupación de tiempo libre en las relaciones familiares y sociales, y colecciones de objetos

1.3.4 Incrementar la participación.

Respuesta sexual: disfunción en decremento de la fase de estímulo sexual efectivo y de la excitación, apatía e incompetencia eréctil secundaria con antecedentes de eyaculación precoz.

Caso 5

Información básica del consultante

Nombre: Horst W.

Edad: 33 años

Sexo: masculino

Lugar de origen y radicación anterior: Alemania

Estado civil: soltero
Escolaridad: L.A.E.
Ocupación: Ejecutivo financiero

Motivo de consulta

Acude por sufrir “una aberración”, sólo logra excitación y orgasmo imaginando golpear las nalgas de una mujer. La fantasía inició desde su primera masturbación y nunca ha podido relacionarse sexualmente por incompetencia eréctil primaria.

Resumen del caso

El padre, comerciante, a la edad de 62 años de infarto al miocardio. Madre de 62 años, ama de casa, radica en Alemania. Ocupa el segundo lugar entre tres hermanos varones.

En su familia nunca se hablaba de sexo, no recibió educación de la sexualidad explícita; recuerda a su padre racional, más que emocional. Ambiente muy reprimido, con muchos temores religiosos; una carga de valores “morales” muy rígidos.

“A los 5 o 6 años traté de bajarle los pantalones de la pijama a mi hermano menor, que dormía en la misma habitación, él se resistió, pero alcancé a verle las nalgas y me sentí excitado; siempre tenía interés por ver los cuerpos de otros niños y niñas, pero en especial las nalgas, nunca tuve juegos eróticos por falta de oportunidad ya que en mi pueblo el ambiente era muy cerrado”.

Empezó a masturbarse a los 14 años, “lo hacía con fantasías muy estimulantes, la favorita era pensar que le daba nalgadas a una mujer, casi siempre desconocida o que había visto durante el día; a veces utilizaba literatura erótica, alguna vez fui sorprendido, pero sin ninguna relevancia”. Obtuvo la poca información sobre sexualidad de amigos mayores que él.

Se masturbaba, por lo menos una vez al día, con grandes sentimientos de culpa debidos a la religión. “Entonces recurría a la confesión y hacia propósitos para no reincidir, lo cual podía cumplir durante dos días, pero después volvía a masturbarme y de nuevo sentía todos los remordimientos y culpas consiguientes, y regresaba a confesarme; esto se hizo un círculo vicioso. Hasta los 20 años en que ingresé al servicio militar, seguía pensando que esto era malo, en ocasiones utilizaba personas conocidas en mi fantasía para masturbarme y sentía temor de que éstas pudieran enterarse”. Niega masturbación en grupo.

Actualmente, se masturba dos veces al día; por lo general, una durante el baño en las mañanas y otra en la noche, ya sin tantos sentimientos de culpa.

Hace su primer intento de coito a los 18 años, en España, con una prostituta que se muestra cooperadora con él.

“La muchacha era linda, joven, agradable y paciente, trató de ayudarme, pero no tuve erección y no pasó nada, a las dos semanas volví a intentarlo con los mismos resultados”. Sólo ha logrado una vez la relación coital, pero refiere que esa no “cuenta” porque estaba muy borracho y usó la fantasía.

En ocasiones, consumía alcohol para infundirse ánimos e intentar relacionarse, llegando al estado de embriaguez con los consabidos resultados: no erección.

“A raíz de esto fui espaciando mis intentos de coito, refugiándome en la masturbación, utilizando mi fantasía para ver nalgas femeninas siendo golpeadas y viviendo esta situación como una aberración”.

Relata que el año pasado descubrió que tiene erección sin recurrir a la fantasía, con una amiga que besaba muy bien, tiene erecciones con los besos o bailando.

Ahora, acude a la clínica porque tiene una novia de 30 años con quien intentó tener relaciones sexuales sin éxito, aunque tiene erecciones, a veces, hasta en un restaurante (sin fantasía).

Intentó, a petición de ella, darle nalgadas, pero lo sintió “indigno” y no tuvo erección. Terminó con ella por motivo de horarios y se siente muy deprimido, “resiento mi soledad” ya que por su disfunción no se relaciona socialmente como quisiera, “ella fue muy comprensiva conmigo, pero terminamos”; ahora está disgustado y, a veces, en su fantasía le golpea sus nalgas, lo cual le devuelve los sentimientos de culpa.

Se define como “devaluado e incompleto”, insatisfecho por el ostracismo al que está sujeto por su disfunción. No tiene distracciones, excepto que le gusta ir a los bares en la noche y bebe varios whiskies hasta llegar a la dosis que le permite conciliar el sueño. Está empezando a practicar el hipismo, no le interesan arte, literatura o cine.

Tiene grandes deseos de formar una familia. Sadismo sólo a nivel de fantasía.

Define sus preferencias sexuales como muy sencillas, no sofisticadas, el cunnilingus no le satisface y refiere sentir un gran susto por los órganos sexuales femeninos, como si percibiera una amenaza de ellos.

Refiere no haber sido acariciado, aunque le gustaría que así fuera, las caricias al pene no le dicen nada; prefiere que la desnudez sea paulatina, ya que “tiene más chiste que vayan quitándose poco a poco la ropa, que ver directamente a una mujer desnuda”.

La primera vez que observó unos órganos sexuales femeninos con claridad y luz, los mencionó como algo raro, nuevo, desconocido y peligroso.

No recuerda enfermedades eruptivas infantiles, salvo algunas infecciones del oído.

En la actualidad, está tratándose una úlcera gástrica, que está cediendo.

Padece insomnio temprano y falta de apetito. No desayuna, hace una comida escasa al día y no cena. Bebe casi cinco o seis whiskies antes de dormir y fuma 60 cigarrillos al día, sin inhalar el humo.

Según la caracterología de Fromm, es positivo... práctico, ordenado y cauteloso. Negativo: obstinado y obsesivo. Receptivo: pasivo, sin iniciativa.

Acude a la entrevista después de varias sesiones de terapia y su actitud es de franca aceptación, se observa capacidad de introspección y análisis; cooperador, aunque se percibe tensión y rigidez, tiene deseos de ser ayudado en su desempeño sexual, pues desea mucho formar una familia.

Con tendencias compulsivas, honesto y veraz en sus respuestas.

Diagnóstico

Disfunción en decremento de la fase de excitación: incompetencia eréctil primaria.

Una expresión comportamental de la sexualidad: sadismo exclusivo a nivel de fantasía que le causa molestia.

Estrategia terapéutica

1. 1. 1 Disfunción en decremento de la fase de excitación y de la fase de estímulo sexual efectivo.

Apatía

Meta: incrementar las fases de ESE y EXC.

Se descarta un origen biológico de acuerdo al resultado de los análisis clínicos.

Carácter acumulativo

1.3.2 Obsesivo

Meta: disminuir rigidez.

1.3.3 Ansiedad

Meta: disminuir ansiedad.

Mecanismo de defensa

Compensación: es muy brillante y destacado en su puesto

Educación

1.4.1 y 1.4.2 Se nota una ignorancia total de anatomías y fisiologías femenina y masculina

Meta: Educación cognitiva y afectiva

La expresión comportamental funge como compensación de la disfunción.

Caso 6

Información básica del consultante

Nombre: Herman P.

Edad: 36 años

Sexo: masculino

Lugar de origen y radicación anterior: país nórdico

Estado civil: soltero

Escolaridad: estudios superiores de teología, letras hispánicas e idiomas

Ocupación: traductor e intérprete

Motivo de consulta

Mi erección es incompleta desde que empecé a tener experiencias sexuales. Sólo recuerdo haber visto una vez la “verga” erecta y me quedé impresionado. Esto hace que hayan sucedido situaciones en las que me han pedido que penetre y no he podido acceder. Lleva relación de pareja desde hace dos meses con un muchacho de 22 años, estudiante de arte. Se quieren mucho y hay cierto equilibrio “mi pareja es más libre sexualmente, puede hacer lo que quiere en la cama, su apetito sexual es mayor que el mío. Esto nos ha vuelto huraños. Por lo general, logramos ventilar los problemas cuando se presentan, pero se ha hecho más difícil y cada semana discutimos, esto lo originé con mis excusas y cansancio”. Su pareja le dice que no es lógico que siempre se esté disculpando.

Resumen del caso

Ocupa el octavo lugar entre 12 hermanos, de los cuales viven 10, seis hombres y cuatro mujeres. Lleva el nombre de un hermano anterior a él, que murió dos meses antes de que él naciera (cardiopatía congénita). Hay antecedentes de un hermano muerto debido a un tumor cerebral, con varias cirugías.

Padre de 84 años, maestro rural jubilado. Usa marcapasos cardíaco, lo recuerda como violento, aunque casi siempre se controlaba, partidario 100% del castigo corporal y de la pena de muerte, muy religioso, protestante luterano. “No recuerdo caricias tuyas, excepto en una ocasión en la que esperaba un castigo y se limitó a ponerme la mano encima de la cabeza”.

Madre de 75 años, ama de casa, organista, muy religiosa, luterana, sumisa, ella era la que cedía, buena esposa y madre. Tiene, en apariencia, buena salud.

Los padres se han llevado siempre bien, se tienen mucho respeto. Los pocos pleitos eran por castigos a los hijos. “Se quieren mucho y lo manifiestan de forma indirecta, como nombres cariñosos, que sólo ellos se dicen. Ambos demuestran su cariño no tomando una decisión importante sin consultar al otro. Viven muy unidos, permanecen juntos todo el día, cada uno sabe lo que hace el otro. Se elogian cuando algo está bien hecho; sin embargo persiste constantemente la división del trabajo y conductas según el sexo”.

“A mis hermanos y a mí no nos elogiaban nuestros padres. No recuerdo nunca que me hayan dicho ‘bien hecho’, pero cuando algo estaba mal, nos regañaban. Había pocas caricias. Ellos se abrazaban y besaban delante de nosotros, sobre todo si había despedida por algún viaje de mi padre”.

“El sexo era algo malo, no se comentaba, era tabú”. En ocasiones, la madre lo besaba en la frente y él lo recuerda como algo mojado, que limpiaba cuando ella no lo veía. Entre los hermanos, no había relación de afecto, ni expresiones de cariño. Se vigilaban para evitar que se desviaran de las “normas”, se criticaban, a veces peleaban, “como nos faltaban libertad y permisibilidad, no dejábamos que nadie fuera libre y buscábamos que se quedaran dentro de la jaula”.

“De niño, me daba vergüenza ver a mi padre orinando o a uno de mis hermanitos jalándose el ‘pito’, sentía que presenciaba algo ilícito, prohibido. Crecí con temor al sexo. De adolescente impedía mi erección pensando en cosas desagradables y poniendo el pene en posición incómoda, con eso lo lograba”.

“Cuando tenía 11 años, mi padre volvió de cacería una tarde de invierno y se quitó la camisa para frotarse contra el radiador. Yo estaba practicando el piano y quedé fascinado, no podía quitar los ojos del cuerpo de mi padre. Me produjo sensaciones muy eróticas. Después, en mis fantasías aparecía mi padre, y mis sueños eran con hombres corpulentos como él”.

“En ocasiones, intenté espiarlo, pero nunca llegué a verlo. Hubiera sido fácil porque no me prestaba atención, pero nunca me hubiera atrevido”. Luego, el padre se entera, a través de la madre, de la homosexualidad de Herman; habla con él y no aborda de manera directa el tema sexual, hace referencias alusivas a “cargar una cruz”, pero nada en concreto; sin embargo, queda claro que no está de acuerdo con su preferencia sexual. Herman le dice a su padre el porqué de su homosexualidad, lo escuchó sin interrumpirlo y al terminar la exposición, no respondió nada e hizo alusión a otro tema. A los 24 años, el consultante

informa a la madre de su homosexualidad, ella lo escuchó con atención y al final del relato le dijo: “ahora que lo dices, recuerdo que, cuando era pequeña, vivían en mi pueblo unos hombres solos, la gente hablaba mal de ellos y creo que eran como tú”. En su mensaje no hay rechazo, burla, ni nada parecido, sólo algo que torna lo increíble en creíble.

En cuanto a su homosexualidad, los hermanos manifiestan una “tolerancia represiva, en general”, exceptuando el cuarto y el séptimo, quienes lo apoyan. Vio a sus familiares en agosto del año pasado y se dio cuenta de que no aguanta más de dos o tres días en casa de éstos, porque tienen que seguirse las normas impuestas y no van de acuerdo con él.

La primera información sexual fue con la supuesta educación de la sexualidad que iban a impartir en el colegio. Su padre le dijo que si esto ocurría no entrara a dichas clases. Es por medio de libros que indaga acerca de este tema. “Me masturbé por primera vez a los 24 años. De los 11 a 24, viví con mucha inseguridad, no sabía qué hacer para relacionarme, me enamoré de un profesor y algunos compañeros, sin llegar a la intimidad. Ocupan el lugar de mi padre en mis fantasías”.

“Cuando se presentaban erecciones, trataba de bajarlas y lo lograba, pero tenía fantasías amenazantes, con armas punzocortantes apuntando al pene. Lo asociaba con la espada del arcángel San Gabriel, que me amenazaba. Con el paso de los años, la visión del arma desapareció, pero se sustituyó con la idea de que al tocarlo iba a producir dolor agudo: como si me abrieran el pene”.

“No me gustaba mi cuerpo, incluso me daba asco, me estorbaba. Las poluciones nocturnas no son muy frecuentes. La primera vez quedé bastante impresionado, no lo comenté con nadie. Tuve una sensación de alivio porque sucedió cuando estaba dormido y no había sido responsable. Secretamente esperaba que pasara otra vez”.

“A los 18 años, busqué ayuda con un médico porque me sentía en conflicto, en la zona de peligro de la homosexualidad. Éste me envió a un psiquiatra quien habló por hora y media sin dejarme expresar ni satisfecho”.

“A los 22 años, tenía un amigo alemán, éramos muy torpes y la cosa no resultó. Yo estaba muy triste, no hubo penetración, sólo besos, no nos acariciamos los órganos sexuales; después tuve una sensación de tristeza y frustración, me repugnaba la forma del pene de mi compañero, tenía el glande muy húmedo y descubierto. Eso hizo que no me acercara más a él”.

“A los 24 años, puse un anuncio en el periódico de los estudiantes. Me contestaron cuatro y me enamoré de uno de ellos. Al principio, nos abrazábamos y besábamos, pero la excitación se me quedaba en el ombligo. De ahí no bajaba, como si tuviera un cinturón de castidad. Persistía la amenaza del dolor. En una ocasión, al estar abrazados, muy excitados, estaba arriba de mi amigo; con el frotamiento del pene entre mis muslos y la palabra ‘unión’, que apareció en mi mente, se desencadenó un orgasmo; aun en esta ocasión mi erección era incompleta. Todavía no permitía que me tocara el pene y no supimos cómo seguir. Al día siguiente, me sentí muy ansioso y angustiado, con una sensación apremiante en los órganos sexuales, no me masturbé” (incluso al estarlo verbalizando, lo hace con reticencia, como si entonces y ahora le repugnara). Su única erección completa fue a los 25 años de edad, una ocasión en casa de sus padres con un amigo, ellos no sabían que eran amantes y les dieron una habitación con camas separadas y muy angostas, por lo que no pudieron tener coito, concretándose a caricias y terminando muy excitados.

“Por esta época, consulté una psicóloga de la universidad, quien dijo que tenía que explorar mi cuerpo”.

“Fue muy difícil, llegué a pensar que tenía el prepucio muy estrecho, no lo retraía para lavarme y había mucho esmegma. Vi un médico y recomendó que me lavara tres veces al día con agua boricada, con lo cual, creo, se amplió el orificio prepucial”.

“Recuerdo una tarde de verano, con el sol todavía brillando, nos acostamos y mi amigo me masturbó; no puse resistencia, me fui con la idea. Cuando me preguntó qué había sentido, le dije que ‘jinete a caballo sobre una ola que se acercaba a la orilla’. Ya más relajados volvió a tocarme y entonces me dejé ir al placer. Al sentirme muy excitado, abrí los ojos, vi su cara, el sol por detrás, vino a mi mente la palabra ‘divino’ y se disparó el orgasmo. Al día siguiente, me masturbé por primera vez, mis fantasías eran sólo cuerpos, pero poco a poco fueron haciéndose más sexuales, de lo abstracto a lo concreto. Los primeros meses me masturbé bastante, como para compensar, ya buscaba el placer; la visión de armas y dolor se relegaron, aunque algunas veces aparecen cuando me hacen fellatio y pido que lo dejen” (Herman es un gran aficionado a la poesía y literatura, por lo que utiliza metáforas).

“El fellatio no me causa placer, si chupan muy fuerte me tenso, ‘seguramente debe haber un arma blanca detrás’. Con uno de mis amantes fue muy dulce y placentero, no hubo tensión. Él lloró porque no pude penetrar. Creo que reaccioné con tensión porque me siento agredido; al pene específicamente. Sólo una vez me llevaron al orgasmo con fellatio, sentí tensión, pero no dolor, fue interesante”.

“Recuerdo que a los 19 años, me enamoré de un compañero de clase y como estaba en la enfermería, deseé que le pasara algo para tener oportunidad de atenderlo y estar cerca de él (tuve un mal pensamiento y se cumplió). Por mi represión, no hubo nada, aunque él estaba dispuesto. Estos años se caracterizaron por soledad. Al ver ‘Éxodo’, durante la escena de la narración de un chico polaco violado por los nazis, y al verlo retorcerse, dije a mí mismo: jamás”.

Herman piensa mucho antes de hablar, baja la voz y empieza diciendo: “de apariencia física soy guapo y feo, algunos rasgos los tengo bonitos. Soy de temperamento y carácter bastante sensible, comprensivo, romántico, sentimental, solitario, aunque me gusta la compañía de amigos y gente simpática. Tengo, cuando quiero, bastante capacidad de iniciativa y sentido lógico, soy buen profesional de la traducción”.

“A veces me deprimó con facilidad, lo cual considero un defecto. En general, estoy dispuesto a aceptar ayuda y cambiar. Soy sencillo en el vestir, no me gustan las cosas lujosas o llamativas, derrochar el dinero en vanidades, las amistades superficiales; me siento atraído por las ideas ecologistas y soy enemigo de la violencia”.

“Me fascinan los hombres. No puedo dejar de fijarme en un hombre guapo; a veces, me siento capaz de morir por uno de ellos. Estoy dispuesto a recibir nuevas influencias sin renunciar a mis ideas fundamentales. Me gusta mucho la música barroca, en especial, la andina folclórica. Sin la música, no valdría la pena vivir. Tengo como pasatiempos tocar guitarra y piano, filatelia, las palomas y cierta afición al cine”.

“Me gusta la comida vegetariana, por razones biológicas y fisiológicas”.

“Como homosexual, vivo en completa aceptación de mí mismo, con cierto nivel de extroversión. En ocasiones, suelo llegar a resolver mis problemas, aunque un poco tarde; incluso pecho por proteger las cosas que quiero. Para mí significan más los amigos que la familia, soy bastante tranquilo en apariencia, no dejo traslucir mi nerviosismo. Mi estó-

mago es la parte débil, la que reacciona cuando hay problemas. No soy demasiado fuerte físicamente, me enfermo más de lo que me gusta, estoy haciendo gimnasia y empiezo a tener fuerza muscular”.

Dice de su pareja: “joven de 22 años, bastante inteligente y sensible, bien parecido, comunicativo, extrovertido, habla con desconocidos con mucha facilidad. Tiene mucho apetito sexual, al punto del egoísmo. No piensa mucho en su pareja. Tiene muchos amigos, se lleva mal con su familia, excepto con su hermano menor que también es homosexual. No es superrevolucionario, pero abierto al diálogo y dispuesto a aprender; con sentido del humor, bromea bien, tiene algún defectillo. A veces, cuando hay problemas, aunque esté presente, lo externa a terceros antes de resolverlos conmigo. Esto lo atribuyo a su edad”.

“Realmente es poco lo que puedo decir, ya que nos tratamos apenas hace dos meses”.

A los 34 años, Herman efectúa la única penetración de su vida con ayuda de su compañero, pues el pene no estaba totalmente erecto. ‘Cuando soy penetrado casi no tengo erección. Me gusta que sin sacarlo me masturben y califico mi erección de 5 o 6 en una escala de 0 a 10. La erección se pierde después de eyacular. En ocasiones, ha habido eyaculación sin orgasmos, lo cual ocurre por épocas, con una frecuencia de una de cada 10”. Dibuja tres curvas de su respuesta sexual: la primera es la más típica, “tardo en excitarme después del orgasmo, a veces no soporto que me toquen la ‘verga’, quedo muy sensible y la resolución es rápida”.

La segunda “pareciera como si la excitación fuera más rápida, la meseta prolongada y, entonces, el orgasmo es más intenso, la relajación viene después”.

La tercera, “en ésta hay excitación, no orgasmo y eyaculación sosa; es la menos frecuente”. Le gusta: “tocar el cuerpo, pasar la lengua, sentir a la pareja bajo mis caricias, buscar las zonas erógenas y acariciarlas, hacer todo lo que me dejen, cuello, torso, tobillos, vientre, pene, pies, muslos, rodillas, ano, nalgas; besos en cara, boca, que no falte nada. No todos me dejan, con los que sí me excito muchísimo”.

“Deseo que me acaricien, besen el ano, nalgas y que me penetren, algo parecido con lo que me gusta hacer. Hasta hace dos años, me dolía, pero aprendí a relajarme y, a veces, cuando me masturbo fantaseo en ser penetrado”.

“Me gustaría penetrar, pero no puedo”.

“Conocí a un sádico hace dos años, me asustó muchísimo, no me lastimó, sólo el sexo ordinario, el cual a él no le producía placer, a lo mejor ahí está la clave. Esta persona vivía con un compañero, pero sus relaciones eran más bien platónicas; sin embargo, la nuestra no ‘cuajó’ porque no podía hacer el amor completo. Este amigo era muy sensual y apasionado”.

“También tuve relaciones con un catalán sádico, al que le aceptaba muchas cosas, por tanto que me gustaba. Me ponía pinzas para la ropa en los pezones, me ataba, vendaba los ojos, recorría suavemente mi cuerpo con un cinturón y sorpresivamente me golpeaba, en una ocasión me penetró con el mango de una bomba para destapar caños, el cual no me dejó ver, pero yo sabía de lo que se trataba. Con él sentí mucho placer físico, por primera y única vez en mi vida”.

Dice que en sus fantasías se imagina acariciando a un toro grande, hermoso y fuerte.

“El catalán me hizo tragar orina una vez, y que le limpiara el ‘culo’ sucio, con la lengua, lo cual me molestó muchísimo e hice a la fuerza”.

Le disgusta que le hagan fellatio, dependiendo de la persona con la que alterne.

En su relación actual, que inició apenas hace dos meses, su pareja insiste en ser penetrada, esto lo hizo decidirse a buscar una solución.

“La relación es cariñosa, suave, bonita, no llegamos al orgasmo por cansancio”.

“Una vez estuvimos hasta tarde y nos sentíamos muy desvelados. Mi erección era incompleta, él me penetró, pero como tenía fisuras me molestaba, empiezan a surgir conflictos por el gran apetito sexual de mi pareja y la falta del mío”.

“En la actualidad, tenemos relaciones una o dos veces por semana, nos vemos más seguido que eso, no vivimos juntos, no lo hemos considerado por los problemas que han sucedido. Estamos en el presente en vez de pensar en el futuro”.

“Estoy contento con la frecuencia, mi pareja no. En ocasiones, me he sentido obligado con él y lo hacemos, sin ningún prelude. A eso me rebelo, no es mi manera, primero necesito relajarme”.

“Cuando estamos abrazados por mucho tiempo y hacemos el amor está bien, es una cosa lógica”.

“Cuando hay problemas sin resolver, no me dan ganas, pero mi pareja siempre quiere”.

Herman tiene una edad aparente igual a la cronológica, sin facies características, acude puntual y voluntariamente a sus citas, sin movimientos anormales, cooperador, orientado en las tres esferas (tiempo, espacio, persona), actitud escogida, tipo asténico, conjuntivas oculares normales, fondo de ojo sin alteraciones, lo mismo conductos auditivos y nasal.

Dentadura regular, en cuanto a higiene, cuello sin adenomegalias, tráquea central y desplazable; en su infancia padeció raquitismo por carencia de vitamina “D” o falta de sol.

Los análisis clínicos descartan cualquier causa biológica.

El consultante muestra un mejor conocimiento de su pareja respecto al análisis del temperamento, en relación con lo que ésta parece saber de las características del consultante.

El test de actitudes y opiniones revela áreas de gran rechazo hacia ciertas expresiones: desnudez, zoofilia y necrofilia.

Diagnóstico y pronóstico

Las dificultades con la erección caracterizan una incompetencia primaria que puede relacionarse con la ansiedad del paciente en cuanto a su objetivo de desempeño y sus antecedentes infantiles conectados a la personalidad paterna.

En la pareja hay disritmia, con apatía de parte del consultante.

La disfunción tiene una fuerte participación de causas psicosocioculturales.

La exploración clínica general reveló signos pulmonares de bronquitis.

El pronóstico de la disfunción sexual y de la enfermedad bronquial, es bueno.

Estrategia terapéutica y metas

- 1.1.1 Disfunción en decremento de la fase de excitación: incompetencia eréctil primaria que provoca apatía y disritmia.
Meta: incrementar la fase de excitación.
- 3.3.3 Descartando problemas biológicos, se manifiesta ansiedad.
Meta: disminuir ansiedad.

- 3.3.4 Racionalización.
Meta: incrementar la participación; racionaliza demasiado su desempeño sexual.
- 1.4.1 Área social: educar el aspecto cognitivo, afectivo y operacional.
- 2.3.3 Eliminar el rechazo.
- 2.3.4 Incrementar la participación.
- 2.4.1.2 RSH: incrementar la excitación, aquí no se menciona su pareja actual, por no considerarse estable.

Caso 7

Información básica del consultante

Nombre: Juan
Edad: 45 años
Sexo: masculino
Estado civil: casado por segunda vez
Escolaridad: secundaria
Ocupación: comerciante

Motivo de consulta

Mi pene no reacciona con mi esposa.

Resumen del caso

Ambos progenitores murieron al parecer por causas naturales. Tiene tres hermanos a los que nunca visita, él es el mayor. Su primera esposa murió y no sabe la causa. Tiene dos hijos que viven fuera del DF., con los que se comunica de vez en cuando. Virginia, su cónyuge, es hipotiroidea y obesa.

En realidad, nunca vivió con sus progenitores, porque ellos estuvieron separados una temporada, de modo que estuvo con su abuela materna, con la que se llevó bien, aunque era muy poco lo que hablaban. Se dedicaba a estudiar, no había paseos, regalos, las reglas eran estrictas, obedecer y nada más.

Dada la precaria situación comienza a trabajar al terminar la secundaria como dependiente en una tienda y ya no abandona los trabajos, lo que sí deja para siempre es la escuela.

Muere su abuela cuando él tiene 20 años, un año después conoce a Rosario y se casan. No viven felices, ella es: “bullanguera y comunicativa, siempre andaba riéndose con todo el mundo. Mis hijos sí me trajeron alegría”.

“Ella me engañó varias veces, de eso estoy plenamente convencido. Su muerte no me pesó mucho, por el contrario como que descansé; lo que nunca podré perdonarme es que mis familiares me convencieron de que internara a los niños; no sé si ellos me lo perdonaron, nunca hemos tenido oportunidad de hablar de ello. Ahora están casados y viven lejos de mí”.

“Soy un hombre tranquilo, no me gusta hablar mucho, puedo estar en mi casa todo el tiempo sin salir, prefiero la ‘tele’ al cine”.

“Ya dejé de tomar, que era lo que le molestaba a mi mujer”.

“No me gusta hacer mucho el ‘acto’, es que soy calmado”.

Define a su pareja como

“Es muy trabajadora, habla mucho, pero no le hago caso; le importan mucho los negocios; a cada rato quiere hacer el amor, es muy descuidada en su arreglo personal”.

“Era mi vecina de negocios. Desde la primera vez que la vi me gustó. Sus familiares no me querían nada y trataron de evitar nuestro noviazgo siempre, pero podíamos vernos a escondidas”.

“Hicimos el amor varias veces; la primera vez me di cuenta de que sí era señorita. Lo disfrutamos mucho los dos, yo creo que ella sí se ‘venía’; duramos más de cinco años de novios y por fin nos casamos. Pero luego de eso, ella que siempre andaba muy arregladita se descuidó toda y empezó a engordar mucho, yo dejé de llevarle regalitos. Quería que hiciéramos el amor, pero a mí la verdad no se me antojaba nadita; cuando llegaba yo de trabajar se me empezaba a ‘arrimar’ y a besar, me decía que la abrazara; yo le contestaba que estaba muy cansado o me hacía el enojado. Luego comenzó a decirme que le hiciera el amor y yo le decía que no podía porque me había vuelto impotente, entonces quería que fuéramos con un doctor, pero yo me negaba, porque lo que yo quería era que enflacara; fue con un doctor y la operó, con eso bajó hasta 130 kg, es que pesaba 150; de todas maneras, no me gustaba, por fin fue con uno que le da muchas pastillas y en unos meses ya la puso en 85 kg; ahora sí ya se me antoja un poco más”.

“Mi abuela jamás permitió que hablásemos de eso, pero cuando yo tenía como ocho o nueve años, mis amigos me hablaban de las partes de las mujeres y nos íbamos al río a espiarlas, nos masturbábamos ahí mismo, no me hizo mal físicamente, pero moralmente yo sabía que no estaba bien, que lo mejor es buscar a una mujer. A los 17 años fui con una prostituta y no me gustó porque estaba muy fea y muy sucia, pero era mejor eso a la masturbación; así lo hice cada semana hasta antes de conocer a Rosario. Con ella comencé a tener relaciones unos dos meses antes de casarnos y nos gustaban mucho, yo me tardaba bastante y ella siempre se ‘venía’, pero luego como a los cinco años, comenzó a engañarme y yo me sentí muy mal; a partir de ese momento ya no quise saber nada de ella, casi no la toqué en unos dos años, es decir, hasta que murió. Luego, cuando viudo, fui con una prostituta y me contagié, me curé pero me espanté muchísimo; desde entonces no he vuelto a ir con una de ellas”.

El consultante padeció enfermedades eruptivas comunes de la infancia, fractura de codo derecho a los 15 años y alcoholismo de los 39 a los 44 años.

Se observaron las siguientes características: inactivo, reservado, retraído, ensimismado, con orientación receptiva.

Los estudios de laboratorio informan: VDRL negativo; curva de tolerancia a la glucosa normal con umbral renal bajo; análisis general de orina dentro de límites normales; coproparacitoscópico en serie de tres, negativo; perfil bioquímico que cubre: calcio, fosfato inorgánico, glucosa, nitrógeno ureico, ácido úrico, colesterol, proteínas totales, albúmina,

bilirrubina total, fosfatasa alcalina, deshidrogenasa láctica, transaminasa oxalacética, todo dentro de límites normales.

Diagnóstico

- 1.1.1 Pareja masculina: disfunciones en decremento de estímulo sexual efectivo y excitación.
Meta: incrementar fases afectadas.
- 1.1.1 Obesidad e hipotiroidismo en ella.
Meta: disminución de peso y control endocrino.
- 1.3.2 Rasgos predominantemente negativos de carácter receptivo en él.
Meta: resaltar rasgos positivos.
- 1.3.4 Mecanismos de defensa de evasión y desplazamiento en él.
Meta: conscientizar el mecanismo.
- 1.4.1 y 1.4.2 Deficientes conocimientos y actitudes sobre todo en él.
Meta: educar.
- 2.1.1 Pérdida importante de atracción física.
Meta: mejorar la atracción física.
- 2.1.2 Atracción intelectual disminuida en ambos.
Meta: incrementar atracción intelectual.
- 2.2.3 En la pareja, comunicación, empatía y respeto empobrecidos.
Meta: mejorar estas áreas.
- 2.3.1 Resentimiento en ambos.
- 2.3.2 Agresión encubierta en ambos.
Meta: disminuir resentimiento y agresión.
- 2.3.3 Rechazo importante de él hacia ella.
Meta: disminuir el rechazo, mejorando el nivel de atracción física.
- 2.3.4 Poca participación por parte de él.
Meta: incrementar la participación.

Pronóstico

Bueno.

Caso 8

Información básica del consultante

Nombre: Virginia R.

Edad: 36 años

Sexo: femenino

Estado civil: casada

Escolaridad: dos años de ciencias biológicas

Ocupación: comerciante

Religión: católica

Motivo de consulta

“Impotencia de Juan”.

Resumen del caso

Sus padres, Genaro R., 63 años, católico, “maravilloso”, comprensivo y atento. “Recién se divorció de mi madre, se separaron hace seis años por sus problemas, muy inteligente. Estudió hasta 3er. año de ingeniería. Ha sabido llevar su vida como él quería, labrarse buena situación económica. Viene de cuna muy humilde. Creo que esperó a que me casara para separarse de mi mamá. Llevamos muy buena relación”.

Julia S., 52 años, católica, viene de familia muy estricta, educada en colegio de monjas, aunque ignoro hasta qué grado. Como madre es cariñosa, pero con amor asfixiante, entregada -cuando fuimos bebés- pero dominante, de carácter fuerte, impositiva, fatalista, creo que su carácter fue siempre la causa de los problemas con mi padre, los que culminaron con la separación 30 años después. Tuvimos una relación de rivalidad, ya que a los 16 años me hice cargo de la casa y de mis hermanos, porque mis padres viajaban mucho por los negocios, cuando la situación permitió que mi mamá se quedara en la casa, le costó mucho volver a recuperar su lugar, el control de la casa y de mis hermanos, quienes se habían entregado a mí porque me los supe ganar; por mi actitud confiaban más en mí que en mi mamá y yo los ayudaba a lograr sus cosas, aunque fuera a escondidas de ella. Mis hermanos acudían más a mí que a mi mamá”. (En este punto y hasta terminar de hablar de la relación de los padres, adopta una actitud rígida y autoritaria, como si estuviera dando cátedra, habla entre dientes, y con éstos apretados, mordiéndose constantemente los labios. También se queja de la actitud de la madre, justificando la preferencia que sienten los hermanos hacia la consultante).

“Cuando era chica mis padres se complementaban. Mi madre ayudaba mucho, los dos lucharon juntos; viajaban, por el trabajo de mi padre. Después, al regresar mi madre a hacerse cargo de la casa le costó mucho trabajo volver a tomar su lugar. Empezó cierta rivalidad entre ella y yo; desde entonces, nunca nos hemos llevado muy bien, quedó esta situación entre las dos. Hasta la fecha soy la preferida de mi papá”.

Son siete hermanos y la consultante es la mayor. La relación entre los hermanos es buena, aunque hay fricciones y problemas por cuestiones de negocios familiares. “Somos muy unidos, cuando hay situaciones de festejo o de necesidad económica, es fabuloso”.

Al hablar de los hijos de una de sus hermanas dice: “a sus hijos los amo y ellos recurren a mí para todo. Me dicen mami porque así me sienten; a veces, me cuentan cosas que ni a mi hermana le dicen; les ayudo en todo”. Con otra de sus hermanas los problemas son por negocios y “porque su hijo mayor siempre quiere andar conmigo”.

Su infancia la describe como: “feliz, sin recuerdos amargos, con carencias económicas pero sin amarguras”. No informa algún recuerdo erótico: “si lo hubo no me acuerdo, además no tenía tiempo de nada, siempre estaba trabajando en la casa y el negocio; asocio mi niñez con cansancio físico”.

“En la secundaria tuve la primera información sexual, ya que para mi mamá el sexo es tabú; en la casa no se tocaba el tema, no había preguntas. Luego pláticas con amigas sobre relaciones sexuales, la menstruación, etc. Más adelante, con películas para adultos en la TV., lo que, por cierto, dejaba mucho a la imaginación. La mía es muy vívida, puedo fácilmente evadirme de lo que no me gusta y hacer una historia fabulosa que me agrade”.

“A los 13 años tuve la menstruación; ya había visto la película en la secundaria y algo me había platicado mi mamá. Una compañera de clases regló y manchó su vestido blanco, como

no sabía nada se asustó, la maestra la calmó y le dio información al grupo en general; esta maestra era muy 'buena onda', abogaba porque se nos diera información adecuada, ¡imagínate, en aquellos tiempos!" Cuando esto le sucedió se encontraba bañando y la madre la regañó porque tomó una toalla sanitaria de su tocador, le dijo que no anduviera jugando con sus cosas. Nunca habló con la madre de que ya había menstruado.

A los 16 años ya tenía la responsabilidad de sus hermanos y de la casa; su madre no le dejaba visitar, ni que la visitaran sus amigos.

"La primera vez que me masturbé comenzó con un sueño, cuando yo tenía más o menos 15 o 16 años con un tío mío, fue muy vívido, en el cual el tío me cargaba y yo sentí su miembro; la sensación era muy agradable, por eso me desperté, me puse boca abajo y traté de seguirme estimulando. Más adelante, no buscaba placer, no porque no lo quisiera, sino porque sentía que estaba mal, no me habían dicho nada, simplemente lo sentía".

"Lo único aceptable es tener el placer compartido, aunque otros pueden hacerlo. No estoy en contra de la masturbación".

Dos relaciones de noviazgo relevantes.

"Juan, me llevaba ocho años, yo estaba muy desesperada y quería irme con él, no estaba enamorada". "Gustavo. En esta relación sí me enamoré, me llevaba cuatro o cinco años, me respetaba mucho, era casado. Lo dejé e inmediatamente conocí a mi marido".

Con ambos, la intimidad consistió en besos y caricias, sin llegar a órganos sexuales por no querer ella. "Le di mucha importancia al amor. ¡Dios mío, el día que llegue, haz que sufra mucho para que yo lo identifique y sepa que es el verdadero! Nos conocimos por negocios, lo vi dos veces y no pasó nada, hasta que un día de repente sentí algo hermoso; me sentí el centro del mundo por la forma en que me miraba".

"Nos hicimos novios, tuvimos relaciones sexuales, él las pidió y yo acepté conscientemente, sin importarme si después no nos casábamos. Propuesto por él, fuimos al hotel, yo tenía 24 años, el lugar me gustó, realmente me entregué, no hubo dolor, algo de sangrado, el 'normal'. La actitud de él era la que yo esperaba, no fue brusco, ni violento, sino tierno, experimentado y me sentí bien. Tardó en terminar, por lo que llegué al orgasmo". (Ni en esta ocasión, ni durante las demás que se presentaron durante el noviazgo, hubo falla de erección).

En el noviazgo de siete años, tuvieron seis o siete relaciones sexuales, por la forma en que se desarrolló esta relación. Satisfacción con la frecuencia: "Definitivamente a mí me hubiera gustado tener relaciones más veces".

En los tres primeros meses de noviazgo no hubo fricciones ni problemas. Juan intentó hablar con su madre de la relación y ésta se enfureció, dijo que "de ninguna manera, ya que además de muchas cosas era un hombre divorciado". La madre de Virginia predispuso al padre y a sus hermanos en contra de ella, la presionaron hasta que terminó con Juan. Cuando se dio cuenta (durante toda esta sesión sufre frecuentes accesos de llanto, gesticula y expresa gran angustia) "de la burla, del engaño, de la crueldad con que me habían tratado, traté de reconciliarme con Juan, pero él se portó frío y cortante, me decía: 'pesaron más ellos que yo' y hasta se negaba a hablar conmigo. Fueron seis años, durante los cuales sufrí mucho, perdí el entusiasmo, no salía, no platicaba con nadie en mi casa, les tenía mucho rencor por lo que me habían hecho".

"Finalmente volvimos, mi papá me pidió perdón por haber estado tan ciego. El día que Juan iba a hablar con mi padre para hacer la petición de mano, buscamos que fuera en ausencia de mi madre".

“Un día antes de casarnos, mi madre salió de viaje fingiendo una enfermedad. Esta vez, como lo había anunciado, no le seguí el juego y proseguimos con los planes”.

“Todo salió muy bonito y con dinero que nos regalaron (todavía no tenía mi propio negocio), nos fuimos al viaje de bodas, al interior de la República. En el camino, cuando iba manejando, le pedía a Dios que si no iban a salir bien las cosas mejor nos matáramos”. La consultante había logrado su meta, pero seguía pidiendo pruebas, certezas. Pide ayuda para llevarla a cabo: “tienes que irme diciendo. No me gusta mi físico, estoy a dieta, uso mascarillas, tintes; soy común y corriente, me encanta que me halaguen; he hecho cosas para adelgazar, como operarme el intestino para bajar de peso; ahora, que si ya ni con eso logro bajar, ni modo, trataré de sacarle partido a lo que tengo. Soy alegre, a todo dar, mis amigas se encantan, tengo muchas amistades, aunque amigas verdaderas ninguna, siento que me centré mucho en la casa, le invertí mucho tiempo. Tengo un carácter violento, no me gusta la injusticia. Si alguien me cae mal ¡olvídate! lo ignoro y esta actitud lastima mucho (aquí alza mucho la voz). Me gusta trabajar, aprender, ayudar, dar... por eso he ido dos veces a la quiebra”.

“Mi mamá dice que es interés en las personas, yo creo que no, es bonito ser así. Soy confiada, sentimental, me gusta que sean profundos para dar y recibir. No me gusta perdonar, tengo miedo a no perdonarle a Juan todo lo que me ha hecho pasar y el tiempo que ha dejado transcurrir sin curarse”.

“Me gusta cantar y quisiera aprender a tocar la guitarra, me gusta tener gente a mi alrededor. A veces me siento sola, que estoy peleando sola. Soy demasiado ‘preocupada’, mucho muy nerviosa, por mi casa, mis hermanos, mi papá, el dinero y los negocios; como somos tantos hermanos, parece columpio: a veces estamos bien unos a veces otros. Soy egoísta, rencorosa (si en este punto no tomaba notas quien entrevistaba, decía ¡créeme que sí!). Soy envidiosa, pero sin perder mi paz interior, tengo ambición de tener mucho dinero y mucho trabajo. Soy demasiado amorosa. Soy insegura con mi mamá, con el negocio; cuando mi papá se separó de mi mamá, tenía yo temor de que él se muriera. Con Juan también soy insegura, por la situación, ya que hay separación física total desde que estamos en la terapia (se refiere al momento en que empezaron a visitar la clínica), siento que Juan se está escudando en la prohibición de tener relaciones sexuales para no acercarse a mí. Tengo todos los defectos de la Tierra. Soy dura, exigente. Juan es muy recto, de pensamientos limpios, sin ‘dobles’, generoso, servicial, detallista, espontáneo, da ayuda cuando ve que alguien la necesita. Está sediento de cariño, con mucha soledad, pero con fuerza de voluntad para no demostrarlo, es tierno, le gusta ser el centro de alguien, aparenta no darle importancia a las cosas, es muy dependiente de mí, me ve como a mamá y eso me molesta mucho; es costumbrista, noble, provinciano; en sus momentos muy cariñoso, tierno con los niños. Posesivo, presumido, flojo para levantarse temprano; muy responsable en cuestión de trabajo”.

“Lo considero sexy emocional y físicamente, por lo que transmite. Tiene escasa experiencia sexual; infantil, temeroso, hermético, le cuesta decir ‘te quiero’. No es débil, pero no quiere enseñar sus sentimientos. Controlado en situaciones de tensión. Lo conozco mucho, más que a mí misma. Me gustaría cambiarle la ropa, no tiene gusto para vestirse, yo soy la que le escojo la ropa; la manera en que acaricia y las atenciones. Ha mejorado un poco conmigo, lo he hecho sentirse que vale; sin embargo, no quisiera darle muchas alas porque se envalentonaría y eso a mí no me convendría. En el viaje de bodas, la primera

noche, fue muy especial, no lo que yo esperaba, no como en las primeras veces en las que hubo entrega, sentimiento, hubo abrazos, besos, erección, ¿estás lista?, penetración, ¿terminaste?, buenas noches. Hubo respuesta física de él, pero ausencia de emociones; yo lo atribuí a su temor a contagiarme la infección que nos habían dicho que tenía o a embarazarme” (se refiere aquí a una enfermedad de transmisión sexual, informada en la historia médica de Juan y detectada en los análisis prenupciales).

“En dos días, él no propició el acercamiento sexual. Al tercero, bebimos algo de vino y Juan estuvo muy apasionado, lo cual a mí me gustó mucho; nos quedamos dos días más en Guadalajara, pero no hubieron más relaciones sexuales: yo sentía a Juan con muchas reseñas; cuando regresamos a México, estaba muy distante. Recién llegados, vino a visitarnos una hermana de Juan, quien dejó de trabajar por cinco días y, entonces en esta etapa, resurgió la relación; creo que Juan tenía miedo de perderme”.

“Durante los dos primeros años de casados, hubo mucho entendimiento, podría decir que fueron muy hermosos. Sin embargo, Juan se reía si yo quería tener relaciones sexuales y no las teníamos; yo trataba de ser comprensiva, pero teníamos pleitos, disgustos; en esta época, Juan se dio a la bebida, llegaba tomado diariamente, hasta que decidí separarme de él sin cumplirlo. Juan me excitaba muchísimo y cuando lo lograba, se volteaba y me decía ‘buenas noches’; parecía que gozaba haciendo esto”.

“Desde hace tres años empieza a fallarle la erección; él pensaba que si se reservaba cuando tuviéramos relaciones sexuales iba a estar bien. Visitaba médicos, pero luego no seguía el tratamiento”.

A Virginia no le gusta nada de Juan. Desde el inicio de la relación, fue la sensación lo que la atrajo. Menciona, además, que le gustan sus sentimientos.

Lo considera inteligente, trabajador, pero tienen gustos totalmente diferentes, a Virginia le gusta leer mucho y a Juan sólo dormir. Como intereses en común tienen todo lo relativo al hogar, las plantas y la comida sobre todo. En cuanto a diversiones, a ella le gusta ir al cine, ver la televisión, a él no; sin embargo, dice que no pueden estar separados.

Virginia dice querer mucho a Juan, aunque no con el apasionamiento y entrega que existió al principio de la relación antes del rompimiento y dice: “me casé por amor; ¿qué interés podría yo tener en él si es pobre, divorciado y con problemas?”.

Ella habla, Juan es hermético, sólo cuando él está bebido platica un poco: “somos muy unidos, sobre todo con nuestros problemas económicos siempre nos ayudamos”.

“Conozco muy bien a Juan, sé qué le pasa, si tiene hambre entre otras cosas; sin embargo, yo no le doy tiempo a que se dé cuenta si yo necesito algo, porque voy yo y lo consigo yo misma”.

“Cuando nos peleamos, no lo insulto para que no se sienta menos. Él se hunde en el silencio. Los pleitos que hemos tenido han sido porque él ha llegado borracho”.

“En el área eroticosexual es en el único punto en donde tenemos problemas; además, no me gusta cómo me abraza y cómo me besa. La última vez que tuvimos relaciones sexuales fue hace tres y medio años y fueron deplorables. En diciembre hubo un intento pero volvió a presentarse el problema de Juan. A veces, durante el sueño, tiene erecciones, aunque no muy firmes, la última que le vi fue en julio pasado”.

“Me gusta que haya sentimiento, que aunque no haya penetración, hayan caricias, que no sea mecánico; me gusta abrazarlo, tener mis manos en su espalda, besarlo; me gustaría

probar y experimentar cosas que he leído. Soy muy sexual, me gusta dormir desnuda y no me preocupa si hay o no luz para tener relaciones sexuales”.

“Me molesta sobremanera que cuando me estoy excitando, Juan salga con distracciones como la televisión o el trabajo”.

Historia médica y psiquiátrica

Paciente obesa, con edad aparente mayor a la cronológica y antecedentes heredofamiliares positivos en cuanto a obesidad por la rama paterna.

La obesidad se manifiesta desde temprana edad, acentuándose a partir de la adolescencia y llegando a su máximo exponente después de casarse, al alcanzar 150 kilos. Sin embargo, esto no ha constituido un grave problema de aceptación por parte de la paciente.

Por presiones del esposo, se le practicó una cirugía gastroenterológica y resección de asa intestinal. Con dicho tratamiento perdió 20 kilos y esto no le satisfizo. Consulta entonces a su médico familiar quien diagnostica hipotiroidismo, tratándola con hormonas tiroideas durante 18 meses aproximadamente, al cabo de los cuales suspende el tratamiento.

De nuevo, se somete a tratamiento y se le prescribe farmacoterapia desconocida. Cabe señalar que la única indicación específica que se le da es la de que debe continuar comiendo. De cinco meses a la fecha, ha perdido 45 kg. No informa molestias.

A la exploración física se encuentra paciente obesa, consciente, con tráquea central desplazable, se palpa tiroides de tamaño y forma normales. No se palpan adenomegalias. No presenta trastornos del sueño, apetito, macropsias ni micropsias. El aspecto general y la conducta no muestran alteraciones. El contenido del discurso es apropiado y se aprecia bien orientada en las tres esferas (tiempo, espacio y persona); no hay tics. Como manierismo se observa que se muerde en forma constante los labios y aprieta los dientes cuando habla de dinero; no hay acufenos, fosfenos, alucinaciones visuales ni auditivas.

Es importante mencionar la crisis de angustia que experimenta cuando habla del desarrollo de la relación con Juan, la interferencia de sus padres, cómo transcurrieron esos años y la relación que pueden tener con su estado actual.

En las demás áreas del reconocimiento psiquiátrico no se observan anomalías. Su actitud es libremente escogida, no hay fuga de ideas ni ideas obsesivas. En el área afectiva se le percibe un poco deprimida, se despierta cansada, sin deseos de nada y fantasías de evasión.

Es importante mencionar también la relación que existe con su padre, madre y hermanos, lo que aunado a las características explotadoras de la consultante, ocasiona gran conflicto. Esta misma situación se repite con las hijas de la hermana.

Al analizar el sueño, Virginia relata una pesadilla repetitiva en la cual aparecen los mismos elementos angustiantes que pueden relacionarse con la “disputa” existente entre madre e hija por el padre:

“Sueño que estoy con mis hermanos y hay mucha agua. De pronto aparece una ola enorme que trata de quitármelos, estoy desesperada y la ola me los jala, entonces aparece una alcantarilla gigante por donde se van mis hermanos. Hay una monja conmigo. Despierto muy angustiada”.

Cuando acude a realizar su *test* de Actitudes, los resuelve rápidamente y dice: “yo creo que Juan no resolvió bien esta prueba, creo que lo tiene que volver a hacer”. Juan está molesto y su actitud manifiesta: ¿qué le parece esta mujer que en todo me quiere mandar?

En la curva de respuesta sexual, dibuja tres: la primera es con Juan después de casados: los orgasmos son cortos, poco intensos y la resolución lenta. Algunas veces, si él la acaricia y no llega al orgasmo, no refiere frustración, aunque sí insatisfacción.

La segunda se refiere a la última relación hace dos o tres años.

La tercera representa la masturbación: hay satisfacción y también sentimientos de culpa. Actualmente, se masturba cuando “ya no puedo más”, lo cual sucede aproximadamente cinco veces al año.

Menciona que necesita muy poco estímulo para lubricar: “a estas alturas estoy al tentar”.

Por lo que se refiere al orgasmo dice: “los que tuve antes de casarme fueron completos, satisfactorios, había entrega, después eran muy pobres”.

En general, tiene buen conocimiento de Juan, pero lo percibe más inhibido, compasivo, objetivo y sumiso de como él mismo se define.

Prueba de actitudes ante la sexualidad

No informa de áreas en las que manifieste rechazo o falta de aceptación, excepto en RY (para mí), 10 y 11, correspondiente a prostitución y zoofilia-necrofilia, respectivamente.

Diagnóstico

1.1.1 Pareja masculina: disfunciones en decremento de fase de estímulo sexual afectivo y excitación.

Meta: incrementar fases afectadas.

1.2.1 Obesidad e hipotiroidismo en ella.

Meta: disminución de peso y control endocrino.

1.3.2 Rasgos predominantemente negativos de carácter receptivo en él.

Meta: resaltar rasgos positivos.

1.3.4 Mecanismo de defensa de evasión y desplazamiento en él.

Meta: conscientizar el mecanismo.

1.4.1 y 1.4.2 Deficientes conocimientos y actitudes sobre todo en él.

Meta: educar.

2.1.1 Pérdida importante de atracción física.

Meta: mejorar la atracción física.

2.1.2 Atracción intelectual disminuida en ambos.

Meta: incrementar atracción intelectual.

2.2.3 En la pareja, comunicación, empatía y respeto empobrecidos.

Meta: mejorar estas áreas.

2.3.1 Resentimiento en ambos.

2.3.2 Agresión encubierta en ambos.

Meta: disminuir resentimiento y agresión.

2.3.3 Rechazo importante de él a ella.

Meta: disminuir el rechazo, mejorando el nivel de atracción física.

2.3.4 Poca participación por parte de él.

Meta: incrementar la participación.

Pronóstico

Bueno.

Caso 9

Información del consultante

Nombre: Antonio D.

Edad: 34 años

Sexo: masculino

Lugar de origen y radicación anterior: México

Estado civil: casado

Escolaridad: segundo grado de secundaria

Ocupación: campesino

Religión: católica

Motivo de consulta

“Porque a mi mujer, desde hace dos o tres años, le ha disminuido lo sexual; pero últimamente se ha agudizado”.

Resumen del caso

Dice que la primera información sexual la tiene en el campo, desde chicos, pues ven cómo los animales domésticos (vacas, perros, entre otros) tienen relaciones sexuales. Así pasó con él y sus hermanos. Ellos fueron 12 en total, él es el sexto. Uno murió a los 24 años de edad por herida de arma de fuego; “unos dicen que fue accidente y otros que fue suicidio. Yo creo lo último y debe haber sido por una novia”. Seis de sus hermanos padecen insuficiencia vascular periférica de miembros inferiores.

“Un día, andando en mi ‘superego’, me acordé que cuando tenía unos seis o siete años, a una de mis hermanas le gustaba que le besara sus partes. Nos acostábamos y me metía bajo sus faldas. Ella tenía vellitos y me gustaba. Lo hicimos dos o tres veces; a lo mejor de ahí viene mi desviación” (le gusta hacer cunnilingus, pero a su esposa no le agrada).

El padre tiene 69 años de edad, sano, agricultor y católico (“un poco más que yo”). Estudió hasta tercero de primaria. La relación con el padre inicia a los nueve años, ya que vivía con sus abuelos paternos. De él no recibió ningún tipo de educación de la sexualidad. Le comentó lo que le sucedía, a lo que el padre respondió: “pues yo nunca he tenido ese tipo de problema, a lo mejor ella se aguanta, pero mejor ve con alguien que sepa”. Su padre le ha brindado siempre su apoyo a lo largo del matrimonio. Los intentos de separación que han existido los ha resuelto. Trabajan juntos y todo marcha bien; no obstante, su mujer opina que debe independizarse.

La madre murió a los 35 años de edad en el transoperatorio de una histerectomía. Durante la época en que vivieron separados, no lo quería, a decir del consultante, “porque yo era el consentido de mi abuelo”. Al morir éste, regresa al hogar paterno, la madre al darse cuenta de lo que sufre por tal pérdida, lo trata con cariño y ternura. Esta relación se trunca siete meses después por la muerte materna. En la actualidad, la recuerda con

mucho cariño. Nunca vio que sus padres se besaran “a lo mejor porque no viví mucho tiempo con ellos” (llora).

El abuelo paterno murió a los 85 años. Tres años antes, le habían efectuado una prostatectomía. Lo define como “alguien muy recio de carácter, que seguramente lo quería mucho, pero que tenía explosiones de agresividad, para en otras ocasiones acceder a comprarle todo lo que quería”. Jamás hizo comentario sobre un tema sexual. Besó a su abuela, en ocasiones en que el consultante estaba presente, mas estos besos eran en mejillas y los recuerda más cariñosos que “sexuales”.

La abuela paterna murió a la edad de 84 años. Ignora la causa: “quizá la edad”. Esto ocurrió cinco años después de fallecer el abuelo. Lo trató muy bien, pero tampoco habló con respecto al sexo.

Menciona a un tío muerto por cardiopatía.

Niega antecedentes como: fimicos, léuticos, epilépticos, diabéticos, neoplásicos, renales y otros.

Menciona que obtenía placer montando a caballo por el frotamiento contra la silla (sin eyaculación). Luego sus amigos le preguntan: “¿ya te chaqueteaste?” Recuerda que en esa época, bañándose se tocó el pene y sintió bonito (sin eyaculación). Le llama la atención que uno de sus hermanos va con frecuencia al corral. Lo sigue y lo sorprende espiando a las mujeres que iban a orinar o defecar en campo abierto. Esto lo aprovecha para masturbarse. A la edad de 15 años, espía a unas vecinas que se bañaban desnudas en el patio de su casa. Se masturba y eyacula. Sus hermanos practican la zoofilia con yeguas y gallinas, pero afirma que nunca lo ha intentado por parecerle denigrante. Espía a una de sus hermanas cuando se baña y se masturba con esta visión. Al final, se siente muy mal consigo mismo, pero esto se repite varias veces.

Como a los 13 años, se juntaba con un grupo de amigos, a ver quién arrojaba más lejos el semen o quien eyaculaba primero. En esto casi siempre ganaba. Considera que la masturbación es algo normal. La frecuencia en su adolescencia fue de dos a tres veces por día. Ahora se masturba más o menos cada 15 días.

Tuvo su primer coito a los 17 años. “Ella tenía unos 28, güera pintada, media gordita, más o menos limpia. Cuando se quitó la faja, se le cayeron las ‘lonjas’. Se levantó la falda y se acostó diciendo a continuación ‘voy agarrar quinto’ . Le pareció que tenía los senos demasiado gordos. Eyaculó rápido, no quedó satisfecho y ella concluyó diciendo “estos niños se vienen muy pronto”. Después de este incidente, regresa a la masturbación. A los 21 años, en Morelia, va con una prostituta que le promete “te voy a enseñar a hacer el amor bonito”. Le acaricia todo el cuerpo y otra vez eyacula muy rápido. Continúa su visita a las prostitutas, una vez cada 15 días, hasta cerca de los 24 años.

Tuvo una novia a los 21 años. Ella era, a decir del consultante, muy fogosa y siempre lo dejaba adolorido.

A los 23 años, conquista una prostituta de 18 y sostiene relaciones sexuales cada día durante unos tres meses. Con ella no eran tan rápidas sus eyaculaciones “es que entre más seguido lo hago, más tiempo me toma, pero cuando más me tardo en hacerlo, me vengo más rápido”. Ella siempre le decía: “ay cabrón, traes mucha leche”. Terminaron dicha relación porque le dijo que estaba embarazada y que él lo había causado. No fue fácil, pues ella insistía en que siguieran juntos e inclusive, “quién sabe qué le dijo a una novia que tenía, porque terminó diciéndome: evítame la pena de tener que repetirte lo que esa mujer me contó”.

Se casó hace ocho años. Menciona que en el funcionamiento de la casa no hay problema alguno: “mi ropa y la comida siempre están listas”. Considera que su esposa es nerviosa. “Creo que está traumatada, a lo mejor porque desde que nos casamos, sus papás se andaban peleando y divorciando”. Después de la boda, le dijo que la había liberado de muchas cosas. Se le efectuó histerectomía hace tres meses.

Características que le gustan de ella: “que es muy chambeadora, no es chismosa (yo soy el chismoso), que es muy franca (aunque a veces me ha herido)”. No le gusta de ella: “que sea tan puritana, no es muy sociable, que le disguste que tenga más amistades”. Le gustaría que ella: “fuera más amorosa conmigo, que no sintiera su rechazo porque me siento muy infeliz, comprendiera mis problemas de trabajo. En realidad, nuestro problema es en lo sexual”.

Características de él que le gustan a ella: “que soy trabajador, no me he salido del huacal (mujeriego), no tomo, soy alegre (aunque ahora tengo problemas), le llevo serenatas”. No le gusta a ella: “que sea impuntual o incumplido, que trabaje en sociedad con papá, que sea tan platicador (comadrero), que ‘me baje al mar sin careta’ (cunnilingus)”.

Tienen tres hijos, de siete, seis y de un año y medio. Se encuentra bien de salud y la relación es buena. Entre el segundo y el tercero hubo dos abortos.

En cuanto al suegro, dice: “casi no me llevo bien con él, porque es muy machista, dice que un hombre tiene las mujeres que pueda mantener; no importa lo que ellas digan mientras no les falte comida”.

Dice del coito marital: “debe hacerse para descargar mi naturaleza, se siente uno a gusto, relajado, descansado; con cariño y ternura para mi mujer, aunque no sé si ella es fría o le estoy fallando”. Menciona que pocas veces ha notado excitada a su esposa: “a veces cuando mi pecho tocaba su pecho, eso la ‘incitaba’; luego quería yo hacerle con el dedo en la vagina y ella decía que no, inclusive quise hacerle el ‘cunelongo’ pero ella no ha querido bien, porque dice que eso sólo se hace a las prostitutas; yo se lo he hecho dos veces y le ha gustado, pero no puede olvidar sus cosas. No se lo hago a las prostitutas porque me da asco. Con la que viví, como que quería, pero nunca lo hice; yo creo que quedé ‘traumado’ desde que se lo hacía a mi hermana y por eso me gusta”.

“Me siento mal, como un extraño en mi casa. Mi mujer no quiere a veces ni que la vea, me trata como si no fuera nada mío. Cuando quiero tocarla, me rechaza (no me toques, ya vas a empezar otra vez). Ya van tres o cuatro veces en que no he podido aguantar y estallo, la golpeo y le digo que si quiere que lo haga con la vecina o la comadre, pero ni por esas”.

“Yo era celoso normal, pero últimamente soy más, porque un sobrino vivió con nosotros y notaba que se miraban raro. Una vez, en un baile, estábamos los tres y se veían. Yo estaba muy triste y mejor me puse a tomar y luego me fui solo para la casa. Llegaron después y él todavía esperó como 15 minutos ahí afuera (ya no vivía conmigo). Cuando salí para reclamarle, se fue; estaba muy enojado y la regañé. Le pregunté que si lo quería y ella dijo que sí, entonces le dije que se fuera a vivir con él. Ella contestó que no lo quería de esa manera, que era un cariño especial porque era muy atento con ella, que inclusive le regaló una rosa el día de su cumpleaños y que yo no la atendía por el exceso de trabajo. Entonces, le pegué, pues porque soy muy fuerte de temperamento y me dio coraje que no se fijara que trabajo y me desvelo por ella y mis hijos, y resulta que ahora con una rosa,

que es algo más sencillo, se emociona. Luego quise abrazarla y ella dijo que la dejara y la llevé con mis suegros. Estuve muy triste y pensé en suicidarme, primero con la pistola, pero llegó un amigo y platicamos mucho tiempo. Otra vez vi un trailer y me iba a aventar bajo las llantas, pero pensé en mis hijos. La última fue en casa; estaba solito y pensé que de qué había servido tanto trabajo. Iba a hacerlo cuando vi una foto de mis abuelos y me arrepentí; mejor vendí la pistola para no tener tentaciones”.

La esposa de uno de sus hermanos platica muy bien con él, incluso de tópicos sexuales (su mujer los considera sucios). Se lleva muy bien con ella. Su sobrino (que vivió con él) le preguntó por qué andaba con su tía y le contestó “que jamás había pasado algo, que sólo era amistad, que no fuera mal pensado”. Esta conversación se la recordó el sobrino cuando el consultante acudió a reclamarle su conducta con respecto a su esposa y le dijo que ahora él había cometido una equivocación similar. Platicó con su papá con respecto a este problema. A su vez, éste habló con su nuera y le dijo a él que no temiera, que ella era una buena mujer y que si quería al sobrino, no era con amor carnal.

La primera ocasión que acude a consulta está nervioso. Después de la entrevista, comienza a resolver sus pruebas y se muestra cooperador. Cada momento que está desocupado toma un libro, lo abre en cualquier parte y lee, para luego opinar que está muy bueno y que le diga dónde comprarlo, porque le interesa mucho aprender. A decir verdad, este consultante ha leído algunos libros porque maneja términos como: “subconsciente”, “clítoris”, “útero”, “superego”, “cunelongo”.

Tiene miedo del coito extramarital por la posibilidad de contraer una enfermedad que transmitiría a su esposa. Lo ha efectuado con prostitutas durante los pospartos y poshisterectomía: “por cierto me pegaron hongos”. No le gustaría que su esposa tuviera relaciones de este tipo.

En cuanto a la homosexualidad, dice “no le hago al barro”.

De las demás expresiones sexuales, comenta: “si es desde el nacimiento, pues sí, porque hay cuates que se degeneran”.

Considera que no es conveniente usar anticonceptivos porque cree que son los que disminuyeron el deseo sexual de su mujer. Ella usó inyecciones durante unos tres años.

Tuvo algunas enfermedades adquiridas por el coito: “crestas antes de casarme, después me pegaron hongos; las dos veces me curó un doctor distinto”.

La técnica coital con la que retarda más su eyacuación es donde su pareja adopta la posición superior. También es cuando él disfruta más el coito. Ella no ha querido practicar otras. Cree que ella también disfruta más estando él abajo: “no le gusta que cuando la bese le meta la lengua en la boca”.

El siempre llega al orgasmo y cree que ella nunca: “tengo una sensación de éxtasis, dulzura, siento que *me voy pa'l cielo*. A ella, hasta se le quiere ir la respiración, ha gritado, esto tres o cuatro veces cuando mucho”. La época más feliz de su matrimonio fue durante los primeros cinco años: “la sentía menos fría, porque siempre lo ha sido”.

Como dos o tres veces ha soñado “con una güera ‘grandota’, bien rubia. Mueve la cbellera de un lado a otro, se quita la ropa poco a poco, luego lo desnuda. Después de esto, comienza a besarle en la boca, las orejas y cuando lo va a abrazar... despierta”.

Se trata de un individuo con edad aparente similar a la cronológica, complexión robusta, bronceado por el sol, pelo implantado de acuerdo a edad y sexo, siendo poco menos que lacio, usa vaselina; con patilla hasta ambas ramas maxilares. No se advierten señas

particulares; vestido de manera sencilla, pero limpio, no obstante su cuerpo despiden un olor peculiar (sudor).

Durante la toma de su historia clínica, se muestra orientado en las tres esferas (tiempo, espacio, persona), cooperador al interrogatorio, un tanto inquieto. Se estruja las manos constantemente. Quiere hablar con tranquilidad y a cada momento dice frases como: “sé que he tenido la culpa, a lo mejor me porté mal”. Su tensión aumenta a medida que se profundiza la entrevista hasta que llega un momento en que llora, se excusa y trata de controlarse sin lograrlo. Esto se repite dos o tres veces. Existe hiperlalia y con frecuencia se desvía del tema a tratar o detalla de manera increíble cada acontecimiento. Le cuesta trabajo expresar las ideas con un léxico en el que no existan majaderías, pero a medida que incrementa la confianza con el entrevistador, las usa con mayor libertad.

Se trata de un paciente muy angustiado, de llanto fácil, que escucha con atención lo que se le dice, pero lo interpreta a su manera, sin una lógica aparente. Es impulsivo y puede ser hostil con otros o consigo mismo. Sufre de apatía, sentimiento de futilidad, pérdida del apetito e insomnio temprano.

En ocasiones, adopta una postura de víctima, queriendo manipular al entrevistador en su favor.

Como se podrá observar más adelante, en la historia clínica de la pareja, su perfil es muy semejante al de la esposa.

La prueba de actitudes y opiniones revela áreas de rechazo para ciertas expresiones de la sexualidad, como homosexualidad y bisexualidad, la desnudez, la zoofilia y otras. Su pareja (como se verá en la historia clínica) es aún más rígida en cuanto a la aceptación de las expresiones sexuales, para ella y los demás.

Sin embargo, el paciente demuestra mala interpretación de algunas características de su pareja (sociabilidad, desinhibición, indiferencia, tolerancia). Ésta, a su vez, conoce bastante bien a su marido e interpreta en forma correcta su temperamento.

Diagnóstico y tratamiento

Referirse al capítulo 11 donde se dan, como ejemplo, determinaciones de las metas terapéuticas en función del diagnóstico de las disfunciones sexuales.

Caso 10

Información básica del consultante

Nombre: Guadalupe D.

Edad: 26 años

Sexo: femenino

Lugar de origen y radicación anterior: México DF.

Estado civil: casada

Escolaridad: sexto de primaria

Ocupación: ama de casa

Religión: católica

Motivo de consulta

El quiere más veces que yo, y a veces me pega por eso. Creo que le tengo miedo y eso nos está separando. Esto sucede desde recién casados.

Resumen del caso

El padre, de 48 años, estudió hasta segundo de primaria. Posee una herrería. Es católico, no practicante, muy celoso con la madre, impositivo, estricto y dominante con la familia. Desde hace dos o tres años, dejó a la madre para vivir con otra, desligándose por completo de la familia en el aspecto económico. Durante la hospitalización por la operación (histerectomía), fue a visitarle ebrio, lo cual la molestó mucho y la hizo sentir que hubiera preferido que no fuera.

La madre, de 46 años, estudió la primaria. Es católica. Tiene taller de ropa tejida, “es una mujer muy luchadora y cariñosa” (habla poco de ella).

Es la segunda de 12 hermanos, siete hombres y cinco mujeres. La más pequeña tiene seis años.

Hablando del ambiente familiar, menciona que la relación entre sus progenitores era de pleitos constantes y problemas por el carácter del padre, quien impedía la comunicación. La consultante era quien hacia las veces de madre con sus demás hermanos. Por la rigidez del padre, no iban de visita ni recibían, por lo que no tenía amigos. Llegaba al extremo de que no se permitía que hermanos y primos entraran en las habitaciones de las mujeres, “nos cuidaban mucho”. No se hablaba de sexo ni se permitían preguntas al respecto.

En una ocasión, su padre la sorprendió tocándole los órganos sexuales a una amiga menor que ella y la golpeó. Luego, como a los nueve años, al estar cuidando a su hermanita de tres, sintió enormes deseos de que le acariciara los senos y llevó la manita de la pequeña a tocárselos. La sensación fue muy placentera. Sin embargo, niega otros juegos eróticos compartidos.

En la escuela primaria, la iban a poner a bailar con niños, lo cual le daba mucho miedo. Refiere que los tocamientos eran debidos a su afán de conocer. “Como un instinto”.

“No tuve información sexual, porque ni siquiera tenía amistades”.

Por carecer de información, le extrañó la hemorragia de la menarca. Le preguntó a su mamá, quien le dijo “que se pusiera un lienzo y fuera a acostarse, y que eso le pasaba a todas las mujeres”.

Más tarde, recibió información por una prima suya y por empleadas del taller de su madre; sin embargo, ésta no fue clara ni verdadera.

Hubo dismenorrea hasta que se casó y los ciclos eran de 30 durante 5 días, con sangrado regular.

La masturbación fue negada rotundamente: “nunca la he practicado”.

Su primer novio fue su actual marido. “Me gustaba mucho. Me propuso matrimonio, pero yo no quería. Sin embargo, dijo que se iba a ir del valle y entonces sentí feo y no quise que lo hiciera por lo que le dije que sí. Él era muy temperamental desde entonces; varias veces me dijo que me fuera con él, pero no lo hice por temor a mi papá, que nos decía que mejor nos pidieran en vez de fugarlos, que había que casarse”.

“Una vez en un paseo de campo, nos estábamos besando acostados en la hierba y se subió encima de mí, así nomás. Me gustó mucho, pero no lo hice por miedo”.

“Cuando íbamos al cine, me acariciaba el cuerpo y mis partes. A mí me gustaba, porque si no, no me hubiera dejado. No se me antojaba tocarlo ni acariciarlo. En una ocasión, dijo que iba a enseñarme su miembro, pero no quise porque estábamos en la puerta de mi casa y podía vernos la gente que pasaba. Sí, sí mojaba mis pantaletas”.

“En la casa, me gustan las labores, pero ahora como que las hago más a fuerza, sin voluntad. Nunca he tenido quien me ayude. A veces me pongo nerviosa con mis hijos, por alguna travesura y les grito enojada. Una vez, el mayor quiso besarme y no lo dejé. Ahora ya dejo que ellos me besen y acaricien más que antes. No sé qué sentía. Cuando de chica iba a besar a mi papá, me decía que ya estaba grande para irme a sentar en sus piernas. Me sentí muy mal, rechazada y no volví a acercarme a él”.

“No me siento a gusto en las reuniones, platican de cosas sin chiste, se dedican a criticar. Yo quisiera hablar de otras cosas”. ¿De qué? Dice: “de otras cosas, más interesantes”.

Define a su marido como: “muy trabajador, le gusta ayudar a la gente. En las fiestas se va a platicar con sus amigos y, a veces, viene a sacarme a bailar. Me gustan las cumbias y quisiera aprender a bailar la música moderna, a él sólo le agradan las cumbias. No platica con mis hijos, no se interesa por ellos. De repente, de vez en cuando, los besa. Me gusta mucho preguntarles de la escuela, ayudarlos”.

“Antes no se ocupaba de nosotros. Su ambición es hacer dinero, economizar en la casa y que me ‘mida’ en muchas cosas para ayudarlo. No quiero que haga ‘dinerales’, sino que lo más importante seamos nosotros, que nos atienda. ¡Qué gano con todo lo que tiene si no estoy satisfecha, si no soy feliz!

“Me atrae, nunca me he avergonzado de salir con él, al contrario, a pesar de que es muy descuidado para vestirse, para asearse. Antes yo le compraba cosas bonitas, pero no las tomaba en cuenta. Cuando me habló, le dije que sí, sin pensarlo. Al otro día lo vi y me cayó mal, pero con el trato, me fui encariñando con él”.

“No me gusta que trabaje en sociedad con sus hermanos, que sea tan apegado a su familia. Él no se siente a gusto de dejarlos”.

“Creo que le gusto; dice que soy perfecta para él, pero que sólo en lo sexual no. No le gusta que sea, como él dice, fría”.

Su marido fue su primer novio.

Su primer coito fue luego de casada. “Llegamos a un hotel después de la boda. Me sentía feliz de estar sola con él, pero después de lo que pasó ya no. Se desnudó de repente y me sentí mal al mirarlo, tuve pena y miedo. Entonces, me desvistió muy rápido, se subió, me usó y ya. No recuerdo muy bien. Pero todo fue diferente a como lo esperaba. Hubiera querido que me hiciera sentir cosas para desear estar con él”.

“Dijo que íbamos a ir dos semanas a Acapulco y nos quedamos dos días en Morelia. Hubiera deseado estar más tiempo sola con él, pero decía que tenía mucho trabajo y su papá estaba enfermo, por lo que teníamos que regresar”.

“Era feliz andando en el día con él, pero cuando llegaba la noche, no sentía ganas. Me obligaba y pegaba, le tenía miedo. Unas veces, sentía deseos de buscarlo. Entonces, lo hacíamos dos veces y no quedaba satisfecha”.

“Me han dicho que lo tengo que hacer, que es mi obligación, pero creo que no, que debe sentirse y hacerse sentir”.

“Le guardo resentimiento, pero cuando lo veo decaído, deprimido, trato de alentarlo. Pienso que sí lo quiero, sólo que no siento deseos de estar con él”.

Al inicio del matrimonio vivieron con la familia de él, ya que trabajaban conjuntamente la tierra. A ella le molestaba mucho, pues quisiera que fueran independientes y le dice: “yo dejé a mi familia por seguirte, ¿por qué tú no te separas de la tuya para que seamos más felices?” En este ambiente, había muchos hombres y se encelaba hasta de que se bañara en ausencia de él. Dice que como él espiaba a las mujeres, creía que otros iban a espiarla.

“Mi marido llegaba de noche sólo a querer usarme, le importaba más su trabajo que nosotros”.

“Es muy celoso, hay un sobrino suyo que es muy atento conmigo. En mi cumpleaños me regaló una rosa y me dijo que no tenía dinero, pero que quería que fuera muy feliz. Una vez en un baile de XV años, mi marido hizo una escena porque me sacaron a bailar. Con este sobrino nunca pasó nada. Me gusta platicar con él porque puedo hablar de todo, hasta de sexo. Mi marido no me da confianza. Por un lado, no quiere que hable con nadie y, por otro, no habla conmigo, me hace sentir culpable de algo que no es malo. Si, quiero a su sobrino, pero sin hacer nada, me respeto a mí misma”.

Al llegar a este punto, llora con angustia, rebeldía, indignación, retuerce los dedos, manos y juega constantemente con sus anillos. A causa del sobrino, su marido ha querido separarse de ella, le ha dicho “que no es mujer como otras que lo hacen todo, que no sirve para eso”.

En una ocasión, trató de ahorcarla y buscaba una pistola que había vendido “para matarme y obligarme a tener relaciones con él; otra vez trató de quitarse la vida y sentí feo por él. Hasta los niños se asustaron”.

“Yo no peleo nunca, ni le he faltado al respeto diciéndole malas palabras; él, cuando me pega, dice cosas feas”.

En cuanto a temas de interés común, menciona: “platicamos del trabajo y cuando le va mal trato de ayudar, alentándolo. Le platicaba lo que con Manolo y Pepe (los sobrinos en cuestión), pero decía que no hablara con ellos. No me deja platicar con nadie, pero no lo hace conmigo. Ahora, está leyendo un libro de sexo; creo que es la enciclopedia de la salud. Me gusta leer revistas de divulgación popular y artículos que traen modas de maquillaje. Me gustan mucho los vestidos bonitos. Una vez tenía ganas de un anillo y me dijo: ‘sí, te lo voy a comprar porque te lo ganaste con lo que trabajas’. Hubiera preferido que me lo diera porque quería hacerlo. A veces, me lleva a ver películas prohibidas para ver si me excito y podamos hacer el amor. No es mucho lo que me excito; más o menos”.

“Antes pensaba que los órganos sexuales de la mujer eran algo malo, que debían ocultarse. Ahora, creo que son una parte del cuerpo, como cualquier otra. Un médico me explicó que el sexo no era malo, sino que las personas lo hacíamos malo”.

“Una vez mi marido me preguntó que si me fijaba en las partes del hombre y le dije que a mí no me llama la atención ‘eso’. Después me lo mostró levantado y se sentía feliz, pero yo no. Es una cosa fea”.

En lo que se refiere a la curva de la respuesta sexual, no puede dibujarlas, por lo que las describe en forma verbal; de acuerdo a lo que indica. Son dos:

La primera es la más frecuente, sin orgasmo, pero con placer. Es cuando ella tiene ganas. Cuando esto sucede, siente deseo durante el día cuando él llega, lo besa y éste percibe

que ella tiene ganas y “que en la noche va a gozar conmigo”. Después del primer coito, ella vuelve a intentarlo, pero la erección no es suficiente y ya no disfruta.

La segunda es cuando no tiene ganas, no se excita. Quiere aventarlo lejos, y lo rechaza.

Durante las relaciones sexuales “no me gusta que me vea, prefiero estar a oscuras. Aunque quiero que me admire, me molesta que esté beso y beso, que desee estar conmigo, como que me está exigiendo. No deja que lo sienta también y me obliga, enojado y a golpes. Dice que lo disculpe, que es por sus nervios, a veces toma pastillas y ve muchos médicos. No fuma marihuana, ni bebe. Ahora que el doctor me dio de alta (habla de la histerectomía), le digo que no me siento bien, pero insiste no quiero ni oírlo”.

“No deseo que me bese, veo las relaciones como un suplicio. Él trató de enseñarme. Me decía que qué me gustaba y no sabía qué responderle. Quisiera que platicáramos, que me hiciera sentir deseos; no lo logra y no puedo decirselo”.

“Me gustaría que me acariciara todo el cuerpo, los senos, cuando tengo ganas, claro; porque si no, quiero aventarlo lejos. Desearía que durara más; es muy rápido. De que empieza, tarda como cinco minutos de que se me sube y después también dura poco. Cuando tengo ganas, lo hacemos otra vez, pero ya no está tan bien como antes (se refiere a la erección) y no quedo contenta”.

Se cuestiona: “¿por qué no puede ser feliz ahora como antes?” y responde: “quisiera que fuéramos felices sexualmente”.

“Todo me disgusta cuando no tengo ganas”. El fellatio y cunnilingus le dan asco, le parecen sucios. Él ha intentado penetración anal, pero ella se enojó y no aceptó. Actualmente, siente ganas de acariciarle la cara, las manos y el pelo. No han tenido relaciones por la convalecencia de la histerectomía.

Acude con puntualidad a la entrevista, de estatura superior a la media, delgada, con inflamación visible del abdomen, postura flácida, apática, sin entusiasmo, no usa maquillaje y sus ropas muestran señales de descuido y falta de aseo (quizá por el viaje desde Morelia).

Su tono de voz es monótono y con inflexiones y dejos propios de la región, y ciertas expresiones. Su tez tiene un tono amarillento apergaminado y sus ojos carecen de brillo y expresividad, más bien como si expresaran angustia, miedo o sufrimiento. Cuando sonrío, lo hace sólo con la boca, ya que los ojos permanecen inexpresivos.

Al parecer, cuentan con recursos económicos suficientes, pero su nivel cultural es medio, tendiendo a bajo. Su idiosincrasia conserva raíces rígidas y de papeles estereotipados estrictos, contra los cuales se rebela de manera natural. Cuestiona con frecuencia las limitaciones a las cuales se somete a la mujer, y con las que no está de acuerdo, sintiéndose “culpable” por examinar lo establecido.

Al terminar la entrevista, afloja un poco su tensión y pregunta si hay problemas como el suyo. Dice que si estuviera soltera, estudiaría “esto” (refiriéndose a la sexología).

Presenta trastornos del apetito, come compulsivamente o no; trastornos del sueño, despertando por la noche de manera espontánea. No hay ideas delirantes ni obsesiones, pero está llorosa, sudorosa, tensa y mantiene, por lo general, una actitud rígida, cambiándola en ocasiones. Ocupa el extremo del sillón en donde está el brazo y, a veces, se aferra a él.

Se encuentra deprimida y con angustia constante. Muestra preocupación por sus hijos, a quienes profesa un profundo cariño y se interesa por ayudarles en el área sexual, ofreciéndoles los términos adecuados y conceptos que ella siente de manera espontánea.

Parece poseer una inteligencia natural perceptiva.

El análisis anatomopatológico del útero extirpado confirma el diagnóstico del carcinoma cervicouterino, estadio 0.

El control citológico vaginal posoperatorio, resultó Clase I (normal), estando la paciente curada del padecimiento.

Hay rasgos de sumisión y disciplina, pero no de hostilidad. Su marido no tiene buen conocimiento de sus características. La encuentra más sociable y expresiva de lo que ella es en realidad. Tampoco percibe su hostilidad, que confunde con impulsividad.

Tiene mucho mejor conocimiento de su marido e interpreta en forma correcta su temperamento.

La prueba de actitudes y opiniones enseña un rechazo bastante pronunciado hacia las diversas expresiones sexuales, pero casi total aceptación de la educación de la sexualidad.

Los dibujos de las curvas de la respuesta sexual muestran ausencia de orgasmo y resolución. Además, en una de ellas, la paciente ni siquiera llega a la fase de meseta, quedándose en la excitación, que es incompleta.

Diagnóstico y tratamiento

En el capítulo 11 se dan ejemplos de las determinaciones de las metas terapéuticas en función del diagnóstico de las disfunciones sexuales.

Caso 11

Información básica del consultante

Nombre: Juventino

Edad: 30 años

Sexo: masculino

Estado civil: casado

Religión: católica

Motivos de consulta

Mi mujer casi no puede tener orgasmos, por tanto, no tiene apetito sexual; creo que en toda nuestra vida de casados sólo ha tenido unos cuatro o cinco. Durante los dos o tres primeros años de matrimonio, lo ocultó, no sé porqué, hasta que no soportó y me lo dijo hace un año; además, siento que ya no está enamorada de mí.

Resumen del caso

Padre de 62 años, profesionalista muy destacado, sin problemas económicos; alcohólico, lleva buena relación con nuestro consultante, aunque no conoce su problema: "pues lo considero muy íntimo".

La madre, de 55 años, estudió hasta secundaria, dama voluntaria en distintas instituciones, se lleva bien con ella, aunque no como con su padre; en cuanto a la relación de sus progenitores con su cónyuge, dice: “creo que en ocasiones la superprotegen”.

Tiene cinco hermanos más, se lleva bien con todos, ocupa el segundo lugar. Tiene un hijo con una deficiencia enzimática congénita: “hemos gastado muchísimo dinero en esa enfermedad”. Su cónyuge tiene 24 años de edad, en buen estado de salud. Sus padres intentaron impedir que se casaran, pero aun así lo hicieron. En sus relaciones coitales premaritales (unas cinco), ella no llegó al orgasmo, pero en las sesiones de caricias sí.

Su infancia se desarrolla en una atmósfera de intensa actividad por las ocupaciones paternas, viven en varios estados; la comunicación con ambos progenitores es muy relativa. En la adolescencia es con el padre con quien lleva una relación más estrecha. Cierta vez le dice: “¿ya te la jalas y te sale lechita?” Ante la respuesta afirmativa, le propone llevarlo con una de las mejores prostitutas de la región. La opinión de Juventino sobre ella es: “fea, gorda, un poco mayor, en un cuarto sucio, pequeño, mal arreglado y sin ventanas”; siguió visitando prostitutas y para su sorpresa no le cobran. Se vuelve un “Don Juan” y su fama trasciende de tal modo que fue uno de los argumentos usados en su contra para negarle el casamiento con su actual cónyuge.

“Soy un hombre con potencial para sobresalir, en el caso de usarlo: profesionalmente regular, en mi casa nunca falta dinero, me gustaría que se solucionara este problema, pues puedo estar todo el día arriba del guayabo”.

“A mi mujer no le gustó estudiar, sólo lee fotonovelas y quiere pasarse todo el día en casa de sus padres. Su físico me atrae mucho, pero ‘me saca de onda’ que a veces sea aburrida; es inteligente y trabajadora”.

Su primera información sexual la recibe de sus amigos, y es sobre coito y masturbaciones. Ocurrió cuando tenía unos 10 u 11 años, por ese entonces observa la conducta sexual de los animales.

A los 13 o 14 comienza a masturbarse; esto le provoca sentimientos de culpabilidad, “creo que fue por la educación religiosa que recibí, ahora considero que es buena y saludable, siempre y cuando no se llegue al exceso (una diaria)”. A los 16 años es llevado, por su padre, a un prostíbulo, donde su primer coito no resulta lo placentero que él hubiera querido, eyaculó con rapidez; las visitas a este tipo de lugares se hacen casi diarias y nunca tiene que pagar (su padre ocupaba un puesto muy importante), no sabe porqué. Se da cuenta que también puede salir con amigas y llegar al coito, casi siempre bastante rápido en la primera ocasión, pero mucho más tardado en las siguientes que pueden ser cuatro, cinco o más. Durante su noviazgo se le hace muy complicado encontrarse a solas con su mujer, por lo que los acercamientos son difíciles, esporádicos y rápidos, en los automóviles, principalmente. Cuando los acercamientos se basan sólo en caricias, ella alcanza el orgasmo con frecuencia; en cuanto a coitos premaritales no está bien seguro de haberlos efectuado por las circunstancias citadas; sin embargo, menciona que lo más probable es que ella no hubiese logrado el orgasmo.

Hace poco se enteró que su mujer no gozaba del coito y se sintió mal, porque creía lo contrario; él inicia siempre los acercamientos sexuales. Ella le ha platicado que un día al mes se siente más excitada y con ganas de tener relaciones; aunque esto es cierto, nunca se lo ha comunicado en el momento preciso. Por lo que respecta a las caricias, él está abierto a la práctica de todas las que pudieran surgir, pero ella no, ya que le disgustan el fellatio y cunnilingus. Ha notado que, en ocasiones, cuando la acaricia tiene la vagina seca, y después (en caso de continuar) se queja de molestias y dolor.

Padeció enfermedades eruptivas comunes de la infancia, amigdalectomía a los 14 años, circuncisión a los 17, litiasis renal a partir de los 20. Fractura de cúbito derecho, quinto metacarpiano y de segundo orjejo izquierdo. Además, insomnio desde los 19 años cuando en una excursión extravió un perro muy querido. Después de dormir parece que lo hubieran golpeado. Es alcohólico desde los 17, se embriaga unas dos veces por semana. Fuma dos cajetillas diarias de cigarros desde los 15 años; marihuana “desde 1968 le he ‘llegado’, aunque puedo estar hasta 15 días sin darme un ‘toque’; una vez hicimos el amor así y ella alcanzó su orgasmo, no ha querido hacerlo otra vez”.

Se trata de un paciente con orientación explotadora y mercantil, según la caracterología de E. Fromm. Como rasgos sobresalientes: tenso, inquieto, desconsiderado, ilógico, agresivo, criticador, discutiador, castigador, impulsivo y desorganizado.

Pruebas y análisis complementarios

En este caso no se consideró necesario solicitar estudios de laboratorio, gabinete o ambos; con respecto a la prueba de temperamento ya fue comentada en la sección anterior y el test de actitudes hacia la sexualidad, muestra que se permite a sí mismo una regular libertad en la expresión de la sexualidad, pero no hacia los demás; es decir, que lo que él hace está bien, pero si lo hicieran otras personas, no.

Caso 12

Información básica del consultante

Nombre: Pilar F.

Edad: 24 años

Sexo: femenino

Lugar de origen y radicación anterior: Veracruz

Estado civil: casada

Escolaridad: secundaria

Ocupación. Ama de casa

Religión: católica

Motivo de consulta

No tengo orgasmos cuando estoy con mi marido; pero cuando me masturbo, sí. Hace dos días, por casualidad, los tuve con él, después de leer unas revistas pornográficas ilustradas con posiciones; me ‘calenté’ y pude ‘venirme’. Luego, en la tarde y al otro día, lo intentamos de nuevo, pero no me ‘vine’.

Resumen del caso

El padre, de 55 años de edad, es ganadero, agricultor y contratista. Tiene pocos estudios. La madre, de 45, estudió primaria. Se dedica al hogar y a actividades sociales. La relación

entre progenitores ha sido buena, aunque hace seis años tuvieron un disgusto del cual ella se enteró, pero sus hermanos no. Su madre intentó divorciarse y no lo realizó por motivos familiares. Ambos padres provienen de familias muy católicas y, con frecuencia, están en contacto con hermanos y primos, quienes constituyen el primer círculo social.

Tiene tres hermanos, ella es la mayor. Se llevan bien, aunque la relación entre padres e hijos, y hermanos entre sí, se apega a los patrones rígidos que imperan en algunas familias de la provincia: el padre ordena, y madre e hijos obedecen. La paciente refiere no tener actividades compartidas con su pareja excepto viajes al rancho paterno y comidas familiares obligatorias en ciertas fechas. No hablaban de sexo y no había demostraciones efusivas de afecto, caricias o ambos.

A los 11 años, ocurre la menarca, sólo había recibido información básica en la escuela. Se asustó porque ignoraba muchas cosas al respecto. Cuando sucedió, lo platicó con su hermana menor inmediata y la madre la regañó por no decírselo primero a ella. Luego, le compró toallas sanitarias y la enseñó a usarlas. El ritmo es de 28 x 3 o 4 días, con tensión premenstrual y dismenorrea no incapacitante durante el sangrado. No modifica sus hábitos en estos días.

A los 13 años inicia la masturbación, enseñada por un primo con el cual llevaba muy buena relación. Ambos vivían con otros tíos en Veracruz. Él le pidió tener relaciones sexuales, pero no accedió por temor a embarazarse. Entonces, la tocó por encima de la ropa. La sensación era diferente a cuando lo hacía sola. En aquella ocasión fue placentero, no hubo introducción de dedos.

Al inicio, la frecuencia masturbatoria era de tres o cuatro veces al mes. No tenía información sobre este asunto: “si del sexo no se hablaba, de la masturbación menos”. No lo relacionaba con aspectos religiosos y no recuerda orgasmos o lubricación durante la misma. No se masturbaba con más frecuencia, porque temía ser lesbiana, pensaba que esta expresión era exclusiva de ellas.

A los 17 años, tuvo relaciones sexuales anales con su primo, ya que vaginalmente estaba prohibido. “Me pareció fatal, porque hubo un dolor espantoso”, casi sin excitación ni deseos. Después “sentimos pena y no volvimos a hablar del asunto, como si no hubiera pasado”.

Por estas fechas, tuvo un novio con el que hubo tocamientos de senos y órganos sexuales, pero por encima de la ropa.

Ahora se masturba una vez al mes como máximo. “Hay un día, entre regla y regla, en que siento una sensación indefinida, de ganas y me masturbo con la mano. Siento como aceleramiento a aumento de temperatura”. Al concretar el interrogatorio, se obtienen datos indicativos de vasocongestión y mioclonía, puesto que refiere sentir “palpitaciones” en la vagina. Cuando se masturba, piensa que va a sentir bonito, que va a gustarle, pero no incluye personas o situaciones en su fantasía.

“Soy poco sociable, debido a como me educaron, por no dejarme ir a fiestas. Inicío cosas con entusiasmo, soy floja e inconstante. No me gusta pensar, lo que salga a la primera. No soy platicadora, soy retraída. Tal vez “ahorita” he hablado tanto, porque necesito que me ayuden, ya son cinco años y nada...”.

“A mi esposo le gusta hacer muchos planes que no realiza, lo que ‘me saca de onda’. Es muy lento, dice que tiene prisa, me apuro a tener todo listo y está dando vueltas y vueltas por la casa sin hacer nada. Si acaso llega visita, ya no salió”.

“Le gusta hacer esperar, sobre todo a personas con menos recursos, posición o ambos, como los trabajadores del rancho, a quienes tiene aguardando mientras él se arregla o toma café”.

“Le gusta mandar, organizar y que hagan todo por él: tal vez por la influencia de mi suegro, quien estuvo muy bien parado en la política y tenía mucha gente para que le hiciera las cosas con un simple ‘telefonazo’. “Es muy caliente”.

Se casó hace cuatro años y tiene un hijo varón, de tres.

Ella se fijó en su pareja desde que era más chica, pero pensaba que él, por ser mayor, no iba a hacerle caso. Además, era un muchacho que “tomaba, andaba con mujeres y tenía mucha experiencia”. Durante los dos primeros años de la relación, sólo salían a pie y acompañados. En el tercero, les permitieron salir en coche y fueron llegando más tarde de sus citas. En estas ocasiones, burlaban la vigilancia, ya que sé “chaperoneaban entre hermanas, primas y otras”. Cada pareja se iba por su lado, reuniéndose a determinada hora para regresar juntos y aparentando haber permanecido sin separarse.

Durante el noviazgo tuvieron caricias a órganos sexuales y senos por debajo de la ropa. En una ocasión, hubo un intento de penetración, frustrado por el dolor y gritos de ella. Se sintió “manchada y sucia”. Esta circunstancia coincidió con la fuga de una de sus primas con el novio, lo cual causó revuelo en la familia, “ocasionando que su padre se enfermara y sufriera hemiplejía”. La regla se le atrasó casi 15 días y se alarmó muchísimo; después de esto interrumpieron los intentos.

En la boda, tuvo que suspenderse la fiesta por enfermedad de los abuelos y sólo hubo una reunión familiar. Durante ésta, los amigos empezaron a provocar a su marido para que, en vez de quedarse en su casa a dormir, para salir al día siguiente de viaje de bodas, se llevara a Pilar a un hotel, donde les tenían habitaciones reservadas. Accedieron y, por esta razón, el padre de ella dejó de hablarle un tiempo y no fue a despedirla al aeropuerto al otro día.

No recuerda nada de su primer coito. Dice que “se borró lo que pasó esa noche”. Nada más recuerda haber tenido dolor. Cada vez que su marido penetraba, le dolía. Cree que en esa primera vez, sí hubo penetración; él fue insistente pero no brusco. Durante la luna de miel tuvo cistitis.

Menciona que cuando pasan días sin relaciones sexuales, le duele: “aunque no me ‘calentaba’, le decía por pena o miedo que estaba lista y entonces me dolía”. No tienen problemas con la iluminación o con la desnudez.

Recién casados, la frecuencia coital era de dos veces al día. Después de nacer su hijo, sólo una vez en la noche.

En cuanto a la satisfacción con la frecuencia, aclara: “no sabía qué pretextos usar para no tener relaciones y que no sintiera que lo estaba rechazando, pero cuando me rozaba, me dolía y no podía ‘venirme’. Hubiera querido que fuera más rápido para que acabara pronto”.

“La frecuencia actual es diaria. Él quisiera más para curarme. Trata de ‘calentarme’, me masturba; en esta forma sólo me ‘vine una vez’. Me tiene harta. Ya no quiero tener relaciones sexuales. Cierta vez intentó hipnotizarme para curarme, pero no quise por desconfiar en su capacidad y temor a hablar de lo que hice con mi primo, de lo cual no sabe nada”.

“Pienso que me casé más o menos enamorada. No estoy segura si fue por eso o por fregar a mi familia, ya que me tenían ‘fregada’ con los permisos y chismes sobre mi novio

para no casarme con él (estos chismes se refieren a las parrandas y aventuras). Sin embargo, mis padres siguen siendo muy absorbentes y dominantes”.

Las relaciones sexuales empiezan con acercamientos de su pareja, besos a los que responde, caricias al cuerpo, órganos sexuales y penetración: “no siento nada”. También hay introducción de dedos en la vagina, pero “tampoco los siento”. Utiliza varias posiciones, en donde más a gusto está, sin llegar a tener orgasmo, es estando ella abajo, boca arriba, con las piernas flexionadas, algo levantadas o sentada sobre él, viéndolo a la cara y apoyándose en las pantorrillas flexionadas.

Dice que “del momento de la penetración hasta la eyaculación no es muy rápido (sin poder precisar), se espera y hace lo posible porque me venga”.

Siente cuando la penetra, pero es desagradable, el dolor aparece durante el coito. A veces, hay una sensación de orinar, desagradable.¹ Se aguanta hasta que él acaba y entonces va al baño.

A veces, cuando ella está arriba, siente muy profunda la penetración y el empuje le molesta. Entonces, controla la penetración.

Los movimientos de ella son espontáneos. Los controla para adecuarlos al ritmo de él. Sin embargo, cuando empieza a moverse, pierde la excitación lograda.

Cuando él “se viene”, ella “lo aprieta” hasta que hay detumescencia. A veces, “aprieta” durante el coito (enseñada por él) y si no está lubricada, hay molestia.

Constantemente, se está diciendo “tengo que venirme, me tengo que venir”. Al finalizar se quedan comentando. Ella llora, “se queda con ganas”. A la mañana siguiente, hay cansancio y frustración.

No le cuesta trabajo conciliar el sueño y se define como muy dormilona.

La problemática de la pareja presenta algunos aspectos relevantes: “porque él bebía tres veces por semana y no le veía ganas de trabajar, creía que lo aborrecía. Ya no se sentía enamorada”.

La atracción física estuvo presente en el noviazgo y matrimonio, pero en la actualidad parece estar deteriorada, por lo menos en lo que a ella concierne.

En una ocasión, duraron 15 días sin hablarse, porque “él se puso a tomar alcohol y a fumar marihuana con unos amigos cerca de la ventana de la recámara, donde estaba tratando de dormir al niño. Les pedí que suspendieran o que llamaría a la policía, sus amigos se fueron y él se violentó muchísimo”.

La enfermedad de su hijo les ha ocasionado bastantes preocupaciones. Los gastos y viajes han repercutido en su relación. Ella constantemente habla de fechas en cuanto a si el niño estaba bien o no.

La pareja tiene intereses comunes, comparten la afición por el rancho y sus negocios.

No recuerda juegos eróticos compartidos en su infancia. Tampoco tiene memoria de agresión, por parte de terceros en la infancia o adolescencia. En alguna ocasión, observó desde el camión del colegio a un hombre masturbándose y una pareja en un auto.

La información sexual fue obtenida escuchando pláticas de los primos respecto a “irse a coger con las putas”. En la escuela (siempre de monjas), platicaban entre amigas sobre la regla, pero nadie lo hizo de manera abierta. Refiere que cuando se marchó a Canadá “ya sabía” y estaba de novia con quien después fue su marido.

¹ Es probable que se trate de estimulación del punto “G”.

En cuanto a la percepción de órganos sexuales dice que “los femeninos son feos, en las películas no se ven bien, a lo mejor me gustaría ver más”.

“Los masculinos son normales, sólo he visto dos en vivo”.

Al interrogarla sobre la primera vez que vio y tocó un pene erecto, hay reacción corporal de susto. Sin embargo, dice que “no hubo miedo, todo fue tranquilo”.

Le gustan: “caricias a vulva y clítoris”. Cuando está con su marido no verbaliza sobre lo que le gusta. Sin embargo, dice lo que no le agrada y él tiene que buscar sus zonas más excitantes.

Le gusta que el roce del pene o dedos en su vagina, sea en la pared posterior “pues tocarla me excita”.

Le disgusta: “fellatio, cunnilingus y todo lo demás”. Cuando sus vellos quedan entre dedos y mucosa, le desagrada, ya que “raspan, producen efecto de papel de lija”. La introducción de dedos en el recto resulta dolorosa.

Niega las relaciones sexuales extramaritales: “tal vez por falta de oportunidad y de que nadie me haya abordado, no he tenido la fantasía de si funciono con otro”.

Niega la homosexualidad: “no se antoja (se ruboriza), viendo o leyendo me caliento, pero no me pasa por la mente realizarlo”.

Con edad aparente menor a la real, delgada, ataviada de manera informal pero a la moda, con aseo y pulcritud. Sus accesorios hablan de un nivel económico alto, lo cual se confirma durante la entrevista. Acude con puntualidad a las citas y utiliza palabras descriptivas muy usadas en su núcleo social, como “calentar” y “venirse”. Sin embargo, le cuesta trabajo verbalizar situaciones sexuales específicas.

La consultante pierde tensión conforme avanza la entrevista. Hay espontaneidad en algunas respuestas y, en otras, se toma su tiempo.

En sus actitudes, durante la entrevista, no se observan señales de angustia, ni revela por sus palabras y descripciones que esté deprimida.

El discurso y contenido del pensamiento es claro y coherente.

Se observa poca capacidad de introspección. Limita la información respecto a la imagen que tiene de ella misma y de su pareja.

Sus juicios de valor están dados por el ambiente social donde se desenvuelve, en el cual a las apariencias y “estar bien” se le conceden suma importancia.

No tiene muchas inquietudes culturales, sus lecturas se limitan a revistas y novelas sencillas.

La casa en que viven es prestada por una familia que no la habita y ellos la cuidan. Es un trato amistoso, pero a ella no le gusta: “es una casa vieja, húmeda, rodeada de bambú, lo cual le quita luz y sol. Carece de closet y comodidades”.

Están planeando regresar a Veracruz, sobre todo por la escuela de su hijo y los planes que ella tiene de trabajar con su padre.

Pruebas y análisis complementarios

Los estudios realizados muestran áreas de depresión, introversión e inhibición, que coinciden con las de su pareja en algunos puntos (él no es inhibido y sí expresivo-responsivo). Es sumisa, pero impulsiva, con un acentuado grado de hostilidad.

Conoce muy bien a su marido, en cuanto a las características de su temperamento y es más tranquila que él.

La prueba de actitudes y opiniones enseña una aceptación limitada de las diversas expresiones de la sexualidad, con rechazo notable de algunas, como paidofilia, zoofilia y necrofilia. Sin embargo, ve la prostitución como parte del contexto social, en tanto no la involucre a ella.

Dibuja dos curvas de respuesta sexual. La primera se refiere a relaciones sexuales con su marido y tiene meseta prolongada, sin orgasmo. La segunda ocurre cuando se masturba, presenta meseta más corta y orgasmo, con resolución rápida.

Diagnóstico y tratamiento

- 1.1.1 Disfunción en decremento de la fase de estímulo sexual efectivo.
Disfunción secundaria en decremento de fase de excitación y mioclónica en más de 80% de los coitos.
Meta: incrementar las fases afectadas.
- 1.3.2 Rasgos acentuados de introversión, inhibición e indiferencia.
Meta: psicoterapia para mejorar estas condiciones.
- 1.3.3 Ansiedad que se manifiesta por autoobservación durante las relaciones sexuales.
Meta: disminuir ansiedad.
- 1.4.2 En esta pareja está presente la indicación de educación.
Meta: proporcionar información objetiva. Modificar actitudes.
- 2.2.3 Hay poca empatía y respeto.
Meta: incrementar y mejorar ambos.
- 2.3.5 Existe resentimiento que se manifiesta por comportamientos agresivos evidentes o encubiertos, rechazo y poca participación, sobre todo por parte de ella.
Esta situación no provoca en él disfunción alguna
Meta: disminuir resentimiento, propiciar aceptación y participación mutua.

Caso 13

Información básica del consultante

Nombre: José R.
Edad: 33 años
Sexo: masculino
Estado civil: casado
Escolaridad: sexto grado de primaria
Ocupación: plomero
Religión: católica

Motivo de consulta

Es entrevistado después de la primera consulta y refiere. “Tengo fe en que este equipo clínico va a ayudarme en la carga tan grande que tengo. A los ocho años de edad, mis amigos me platicaron que había una tal Susana que se desnudaba y bañaba todos los días y podía verse

desde la azotea. Me invitaron a verla, pero no subí por temor a los espantos; sin embargo, decidí hacerlo solo y no logré verla, lo volví a intentar con el mismo resultado, por lo que empecé a recorrer otras azoteas y también a espiar por ventanas, agujeros y puertas.

Luego en la escuela, en cuarto grado, otro compañero y yo espiábamos a la practicante, veíamos sus piernas y luego salíamos a masturbarnos. A partir de ese momento, se incrementaron las idas a azoteas y puertas, pero ahora masturbándome ahí mismo. Después empecé a seguir a las mujeres que me atraían y trataba de verlas cuando se desnudaban o bañaban, metiéndome en edificios o vecindades para tratar de ver por algún lugar, esto se ha vuelto más frecuente. Cuando es de noche logro atacarlas a veces, aunque sólo quiero verlas y tocarlas. Claro que me ha acarreado golpes y caer en delegaciones acusado de intento de robo, porque, en ocasiones, las llevo a un lugar oscuro para tocarlas. En caso de que no pueda hacerlo, busco parejas que estén besándose y acariciándose en los parques públicos, me pongo enfrente de la mujer y al verme ella me masturbo, algunas veces no dicen nada, pero otras sí, y es cuando salgo corriendo, siento mucho remordimiento y culpabilidad por esta situación, me siento muy mal y por eso necesito ayuda”

Menciona que sale a la calle, casi siempre de noche, a buscar edificios o vecindades y que pasa horas enteras en rincones oscuros, al acecho de una oportunidad de ver sin ser visto.

Resumen del caso

Su padre murió en el posoperatorio de próstata hace 12 años y su madre por cardiopatía hace 20.

Es el tercero de siete hermanos, seis hombres y una mujer.

Esta persona fue referida por un psiquiatra, al que anteriormente le había sido enviado José por un sacerdote, a quien le confesó su situación y las molestias que le causaba.

Recuerda que en la escuela primaria, alrededor de los siete años, espiaba a las practicante para verles las piernas y después iba al baño con un amigo para masturbarse, lo cual hacía cuatro o cinco veces al día.

Sólo recuerda que seguía masturbándose y buscaba por las azoteas tratando de ver mujeres.

Su primer coito fue alrededor de los 18 años, en un hotel, con una amiga suya, “íbamos tres, un amigo, ella y yo. Primero efectuó el coito mi amigo, yo los observaba y me excité muchísimo, pero ellos se dieron cuenta de que los miraba y se taparon con la colcha. Cuando tocó mi turno ya no fue agradable, más bien decepcionante, por lo que seguí con mis costumbres. Tuve relaciones sexuales con más amigas, pero no encontraba satisfacción y seguía masturbándome y espiando por las azoteas”.

“Por estas fechas, tenía un cuarto para mí solo en una azotea y frecuentaba salones de baile y, como tenía éxito con las muchachas, casi diario llevaba a alguna a mi dormitorio y hacíamos el amor; hubiera querido que se quedaran a dormir toda la noche o varios días, pero tenía que conformarme con tenerlas sólo 3 o 4 h”.

“Por aquel entonces era muy malo, me portaba cruel con ellas, les pegaba y trataba mal. A una por llegar tarde una noche, le quemé el estómago con una plancha caliente, para que así, si se iba con otro se acordara siempre de mí, no me importaba si estaban a gusto o no, lo único que quería era satisfacerme y nada más”.

“Después me enteré que a quien había quemado se murió por un aborto provocado y reconocí que procedí mal. A veces, siento la necesidad de ir a ver a su mamá para pedirle disculpas o voy al panteón para que me perdone”.

“Conocí a mi esposa en una fiesta particular. No me gustaba precisamente, pero me casé con ella porque una noche no la dejé irse temprano a su casa y la obligué a quedarse conmigo, por lo que al otro día nos casamos. No me excita, no la deseo, pero es muy buena mujer, me ha aguantado mucho; siempre tiene la casa arreglada, limpia, oliendo bonito, además me ayuda mucho en lo económico con sus negocios”.

En una ocasión, le pidió a su esposa que le permitiera observar cuando se bañaba, pero se negó, entonces entró al baño sin que ella se diera cuenta y logró verla, excitándose mucho, no se masturbó y, para que ella no se diera cuenta de lo sucedido, fue a esperarla a la cama. Tuvieron relaciones sexuales y le hizo el cunnilingus, a ella le gustó mucho y obtuvo el orgasmo, pero él no. No le importó mucho la satisfacción de ella. En ocasiones, le ha pedido que se desnude delante de él, pero le da pena. Cuando ella usa batas transparentes lo excita bastante. Refiere “reprimirse mucho por temor a ser sorprendidos por sus hijos”.

Antes de casarse, y al principio de su matrimonio, tenía relaciones sexuales casi a diario utilizando el coito interrumpido para evitar el embarazo, pero nunca tenía satisfacción completa: “como me salía antes de eyacular, ellas se quedaban sin terminar”.

“Hace dos años una señora me llamó para que le reparara la cañería, fui a su casa y su presencia empezó a excitarme y a poner mal, ella lo notó y preguntó qué me pasaba, a lo que respondí contándole mi problema y le pedí ayuda; le dije ‘déjeme verla, tocarla, ayúdeme por favor, lo necesito para estar bien’. La señora accedió y tuvimos relaciones sexuales, con gran variedad de posiciones y estímulos. Cierta ocasión, le introduje en la vagina una barra de chocolate, para después sacársela con la boca, lloró y me dijo que le había gustado mucho, que le había hecho cosas que su marido nunca. Esta relación duró casi un año y terminó por temor a que se enterara su marido. En esa época, me retiré de mis costumbres, me sentía muy bien, inclusive mi esposa lo notó porque ya no llegaba con los ojos rojos y no estaba nervioso. Tampoco llegaba tarde, no iba a vagar por las calles hasta las dos o tres de la mañana, y eso le gustó mucho”.

José menciona que ha tenido relaciones extrapareja con varias mujeres, aunque recuerda más la mencionada y la siguiente:

Su cuñada. “Es una chica de 14 años, en ocasiones va a ayudarme a mi negocio o a hablar por teléfono, usa ropas muy provocativas. Acostumbraba acostarme en el piso, abajo del mostrador, para verla y masturbarme, cuando me sorprendió le dije de mi problema y de la ayuda que podría proporcionarme, aceptó con ciertas reservas, me permitió verla, tocarla y acariciarle el cuerpo por encima de la ropa interior, pero cuando intentaba profundizar, ella se negaba. Ahora ya no quiere ayudarme y me humilla mucho, me chantajea haciendo que vaya a traerle revistas, refrescos o golosinas, en una palabra me extorsiona. Yo le ruego, le lloro y pido que me ayude; tiene un novio y ya no es virgen y, me pregunto porqué si ahora puede hacerlo mejor que antes que lo era. Todo esto me causa mucha culpa y un gran remordimiento porque es la hermana de mi esposa y siento que estoy cometiendo incesto”.

“Voy a bailar algunas noches y a recorrer las calles, me meto en edificios, vecindades y azoteas, donde pueda esconderme en rincones oscuros para espiar. Una vez invité a mi esposa a bailar, pero no le gustó el lugar ni el ambiente”.

La última vez que tuvo relaciones sexuales con su esposa fue hace 10 días, pero no pudo realizarlas ya que no logró la erección; esto sucede cada vez con más frecuencia e incluso ha eyaculado sin tener erección al masturbarse.

No está satisfecho porque su eyaculación es muy rápida y tiene incompetencia eréctil. Quisiera tener una mujer todo el tiempo, como cuando tenía su cuarto de azotea.

La esposa desconoce las relaciones extramaritales de él.

Niega relaciones homosexuales, excepto cuando se masturbó con su amigo en la infancia, donde José intentó estimular y ser estimulado, lográndolo, no así la penetración anal a la cual se negó su amigo.

Hurta pantaletas de los tendedores de las azoteas que frecuenta, las mira para masturbarse, imaginando que son propiedad de la mujer que observó o de la que siguió.

Es notoria su predilección por mujeres de corta edad, como su cuñada y la clienta.

Escopofilia manifiesta, pasó a ser una expresión comportamental casi exclusiva en el área eroticosexual para obtener el orgasmo; ahora ha aparecido un factor de molestia que le causa angustia, por lo que solicita ayuda.

Empieza a manifestarse tribofilia activa al tratar de tocar sin consentimiento del sujeto, en los lugares oscuros a los que logra conducirlo o por los que pasan.

Se percibe fobofilia en su vida, ya que constantemente se está exponiendo al “peligro” y esto lo excita.

Tiene una gran colección de revistas, fotografías, recortes de periódicos en los que salen mujeres con poca ropa.

Cuando lleva a cabo esta conducta, habla con las fotografías y les dice: “ustedes son las únicas que me comprenden, porque se dejan ver”, menciona que ese es su mundo que en él “se pierde”. Sin embargo, esta conducta le causa vergüenza, le preocupa pensar que su hijo pudiera encontrar estas fotografías y descubrir “cómo es su padre”.

En la actualidad, se masturba por lo menos una vez al día, con ayuda de sus fotografías o depende qué “suerte” tenga ese día.

Dibuja tres curvas de respuesta sexual, pero las define como si fueran dos, ya que las primeras expresan ésta cuando se masturba espionando y tiene relaciones con su esposa; manifiesta que son iguales, “rapidito, rapidito, cuestión de segundos”, y la tercera con la clienta, con quien se tardaba mucho.

Se trata de una persona con edad aparente igual a la cronológica, pelo con implantación normal, no se observan señas particulares, conjuntivas ligeramente hiperémicas, reflejos oculares y mucosa nasal normales, caries dental: ambos tímpanos se observan esclerosados con cicatrices, no se palpan adenomegalias ni tiroides, tráquea central y desplazable. Ruidos cardiorrespiratorios normales; FC, 81; FR, 25; PA, 110/85; pulso radial sincrónico con el central; Romberg negativo. Se observa vello axilar y alrededor de las glándulas mamarias, la distribución es normal en el área genital; pene no circuncidado, sin embargo, el prepucio descubre el glande al retraerse; se observan manchas hipocrómicas en antebrazo, punta de la ceja y axila izquierdos.

No recuerda haber padecido enfermedades eruptivas propias de la infancia. Cuadros repetitivos de amigdalitis y otitis, desde los ocho años de edad; amigdalectomía a los 12.

Presenta pérdida progresiva de la audición desde la infancia, sobre todo del oído izquierdo. A partir de los 15 años “agotamiento, dolor de ‘cerebro’ y cabeza, porque soy muy ‘bilioso’ y me golpeaba la nuca contra la pared”.

Relata que también desde la infancia ha sido transfundido con suero y vitaminas, porque se sentía muy débil, padece dolor de “cerebro” no muy fuerte, punzante, sin irradiaciones características, fijo, disminuye con tranquilidad y vitaminas.

En el hospital de neurología, hace algunos años, le tomaron un electroencefalograma y le dijeron que no padecía ninguna enfermedad, que sólo tenía cansancio y agotamiento. Desmayos, dos o tres veces al mes “por tanto preocuparse”; refiere que no pierde el conocimiento, que se da cuenta de todo lo que pasa, pero se pone rígido y no puede hablar. En estas ocasiones, que suceden por lo general en su negocio, “cuando se me juntan las ideas”: le dan a oler alcohol y amoníaco. Olvidos “involuntarios” hace más o menos un año.

Acude con puntualidad a sus citas, en ocasiones trae obsequios para quienes laboran en la clínica. Su arreglo personal es cuidadoso y limpio, y trata de agradar, utiliza expresiones de agradecimiento por ayudarlo en sus problemas.

Cooperador, verborreico, habla en tono bajo, un poco angustiado, crisis de llanto durante las entrevistas; al principio, era un poco monótono, pero conforme fueron desarrollándose las pláticas se percibió un aumento en el matiz y calidad de lo manifestado, como si tratara de inflar sus respuestas para impresionar y convencer de su “maldad”, y lo angustioso de su problema. De alguna manera, trata de descargar en el equipo clínico la responsabilidad de lo que le acontece, pues menciona que ahora lo detiene “no defraudarlo”.

No se aprecia distorsión temporoespacial, no se obtienen datos positivos de acufenos, fosfenos, pensamiento sonoro, alucinaciones visuales u olfativas. Curiosamente, la contemplación del cielo, las flores o la naturaleza lo llevan a un estado de éxtasis; en una ocasión pudo sentirlos, teniendo un techo sobre su cabeza (en un salón de baile y de noche).

Son notorias la confusión, ansiedad, angustia y depresión existentes en esta persona y, sobre todo, la compulsión con que practica lo que llama “sus costumbres”, llegando a descuidar vida familiar y trabajo.

Se encuentra preocupado por cómo va a ayudar a su hijo mayor en el aspecto sexual (a la niña no la menciona), ya que lo ha sorprendido en juegos eróticos con dos niñas y no quiere que por falta de comunicación, vaya a repetirse lo que le pasó a él.

Es importante hacer notar que su esposa no lo excita, no la desea, “excepto cuando se pone batas transparentes”.

Al mencionársele que quizá se necesitara hablar con ella, se muestra reticente y contrariado, ya que dice: “que no quiere deberle su curación a ella”, pero si es necesario le dirá que venga. Menciona: “si por las mujeres me perdí, pues a lo mejor por ellas me alivio”.

Pruebas y análisis complementarios

Los estudios descartan problemas biológicos, a excepción de los resultados del electroencefalograma, que vierte la siguiente información: demuestra la existencia de una alteración generalizada grado II, que afecta los dos hemisferios cerebrales, con aumento en la proporción de actividad theta y traduce una reacción depresiva, funcional corticosubcortical bilateral.

El análisis del temperamento muestra áreas de nerviosismo, depresión y retraimiento en contraste con su espontaneidad y afectuosidad; es compasivo, emocional, sumiso e impulsivo.

La prueba de actitudes y opiniones revela una gran apertura hacia la mayoría de las expresiones comportamentales de la sexualidad.

Diagnóstico y pronóstico

Disfunciones en decremento de la fase de excitación, presentando una incompetencia eréctil secundaria con antecedentes de eyaculación precoz (pronóstico sujeto a la colaboración que pueda brindar su esposa). Múltiples expresiones comportamentales que provocan gran molestia y ansiedad. Algunas transgreden normas sociales. Carácter compulsivo.

Caso 14

Información básica del consultante

Nombre: Guadalupe

Edad: 27 años

Sexo: femenino

Estado civil: casada

Escolaridad: cuarto grado de primaria

Ocupación: ama de casa

Religión: católica

Motivo de consulta

Se le pidió que viniera para completar la historia de su esposo, quien es nuestro consultante (ver historia clínica) y se le explicó que con su cooperación ayudaría a realizar la terapia integral.

Resumen del caso

Casada desde hace 13 años. Tiene dos hijos, uno de nueve y otra de seis años. Rinde culto a algunas imágenes; tiene un Cristo y una virgen del Carmen, a quienes pone veladoras y reza todos los días. En el cuarto de los niños tiene un ángel de la guarda, con un foco rojo, que siempre está prendido.

El niño se llama José, va en tercero, y Guadalupe va en primero de primaria.

Hasta hace un año se llevaba bien con los niños, pero ahora: “estoy muy nerviosa, muy enojona, de todo me desespero, ni yo misma me aguanto, peleo con ellos y con José, por casi nada empiezo a manotear y a gritar, sé que él está enfermo, pero no sé qué me pasa”.

Padre muerto por cirrosis hepática: “tomaba mucho, era árbitro de fútbol; a pesar de que bebía, nos trataba muy bien, nunca nos pegó, estábamos juntos entre semana, él trabajaba los fines de ésta. Sin embargo, cuando empezamos a trabajar nos separamos; a él le agradaba José”.

Su madre de 53 años “tenía muy mal carácter, era muy enojona y dominante, nos pegaba a diario, con zapato, mano o lo que fuese; me pegaba porque iba a los bailes con

hombres que no le gustaban, me ofendía mucho, me decía groserías, por eso me casé, para salir de mi casa, ahora ha cambiado, creo que es por los años que tiene”.

Son siete hermanas y un hermano. Ocupa el cuarto lugar, se lleva bien con todos, en términos generales; sus cuñados no la quieren porque defiende a sus hermanas, porque ellos les pegan cuando están ebrios; con su hermano Paco es con quien platica mejor, él da el gasto para la casa de la madre; “las tres pequeñas son quienes han estudiado más”.

Nunca se mencionaron temas sexuales en la casa, las mujeres usaban, cuando menos, ropa interior por la presencia del padre y hermano, jamás se vieron desnudos. Tampoco había demostraciones de afecto con los padres; su madre era la dominante en la familia, inclusive le pegó al padre: “era muy huraña, cuando él se acercaba y besaba o abrazaba, ella se retiraba y decía: ‘estate en paz’, ¿qué no ves que están las muchachas?; por eso, casi no se le acercaba, pues ya sabía lo que le esperaba”.

Lee revistas como: Claudia, Casa y fotonovelas, sólo cuando alguna de sus hermanas las lleva: “no las compro, tengo bastantes problemas como para acarrearlas más, tampoco me gustan las novelas de la ‘tele’, pero si la natación, me inscribí en un deportivo para ir con los niños, pero José es muy celoso y no me dejó ir; ahora ya ha cambiado un poco, creo que volveré a inscribirme”.

Comenzó a trabajar desde los 10 años, llega a su casa a las 7 pm, y sólo juega un rato: “que a las ‘escondidillas’, a lo que fuera, pero los muchachos siempre estaban re’listos pa’agarrarnos lo que fuera, no me dejaba; entre nosotras no lo contábamos, eran juegos infantiles, pero ellos siempre eran más mañosos”.

En su pubertad se sentía muy confundida y, más que nada, curiosa; cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios, se espanta muchísimo con la aparición de la menarca. Es una hermana (la mayor) quien explica de manera muy sencilla el porqué de estos cambios; su mamá no permitía este tipo de comentarios: “me encariñé mucho con mi hermana, pues fue la única en quien siempre confié”.

Le gustaban mucho los bailes en su adolescencia.

Tuvo su primer novio a los 13 años, debe haber tenido en total unos 20, con una duración promedio de un mes: “cuando se querían proparar los terminaba diciéndoles: ‘mira chiquito si quieres hacerlo primero tienes que casarte’”.

“A los 15 años estuve muy enamorada de Juan, todavía me acuerdo, duramos ocho meses de novios, fue muy bueno, nunca se proparó, pero tenía mujer y un hijo, así que lo terminé. Gregorio fue otro, con él duré cinco meses, me gustaba, pero no lo quería porque era muy delicado, na’ más andábamos de manita sudada y yo decía: ‘qué novio tan menso’. Es que mis amigas me contaban lo que les hacían los suyos. Cuando acababa de menstruar sentía ganas de no sé qué, en los bailes se me olvidaba”. Nunca se ha masturbado.

“Conocí a José porque lo veía en los bailes, me caía re’mal porque le pegaba a sus novias, ‘en medio baile’ les jalaba los ‘pelos’, dentro de mí decía muchas cosas, como: ‘qué le ven a ese enano, monigote’. Hubo una Semana Santa en que nos quedamos solos y José también, los demás del grupo de la cuadra se fueron de vacaciones y empezamos a salir, a los dos meses ya andábamos muy juntitos, porque era más o menos normal, pero no tenía las manos quietas y quería agarrar de todo, hasta que me fui con él, duramos unos ocho meses así y luego nos casamos. Mi mamá no quería que lo hiciéramos, porque decía que era un vividor; primero vivimos en su cuarto, dizque de soltero, que por cierto estaba bien feo, luego rentó otro un poquito mejor, creo que nunca lo he querido, más bien lo acepté pa’ salirme de casa, creo que más bien le siento lástima”.

“Una vez, José me llevó a su cuarto, casi no había luz y empezó a acariciarme, me excité; no quería pero me quitó la ropa y luego lo hicimos. Me acuerdo que me salió agua, no sangré, pero me dolió mucho porque estaba bien cerrada; sí se dio cuenta porque dijo ‘oye, po’s si eras señorita’, no lo quería creer; luego me trató muy bien, con mucho respeto y hasta cortó a la muchacha con quien andaba”.

“Al principio del matrimonio fue muy cariñoso, pero no me daba dinero, luego me dejaba sola, hasta como a las cuatro de la mañana, y si decía algo, me pegaba; eso duró unos cuatro años. Después me contó su problema (ver historia clínica). Fuimos con muchos doctores, hasta con brujos, pero nadie nos pudo ayudar. En esos primeros cinco años era muy ‘pegalón’, me decía siéntate ahí y me pegaba, insultaba, casi me ahorcaba, humillaba y decía que no valía nada como mujer, que por eso lo hacía (crisis de llanto), era re’tonta, me hizo ver mi suerte, después empecé a defenderme. No lo he dejado por mis hijos; me siento muy angustiada porque no quiero que sepan lo que hace su padre, le pido que se cure por ellos, me da lástima, pero ya no puedo y no quiero ayudarlo más”.

“En mis dos embarazos he querido abortar, es que dice que no son de él los hijos, me ha pegado, aventado y maltratado mucho. Cuando nació el niño se aplacó un poquito, pero como al año se le olvidó todo y siguió igual...”.

Al comienzo realizaban el coito hasta tres veces al día; pero al año ya era casi cada 10 días y así se ha ido espaciando. Hace un año, más o menos, que no tiene erecciones, “en los últimos ocho meses lo hemos hecho unas tres veces cuando mucho, pero no quedo satisfecha. Esto ocurre desde hace cuatro años y es que termina muy pronto, antes de que yo acabe, lo mejor fue antes de casarnos porque teníamos relaciones con más frecuencia. Ya van varias veces que le digo que voy a dejarlo y como que se ha compuesto, se ha vuelto más consecuente”.

“Nunca he tenido relaciones extramaritales, él sí, anduvo con una muchacha cuando teníamos tres meses de casados, ya se conocían desde antes. Después, supe que había muerto. A veces pienso que me gustaría tener otro hombre, pero ‘a luego’ me da miedo: ¿qué tal si hace que abandone a José y a los niños?, ¿qué tal si me cayera?, ¿qué tal si me hago bien cínica? Mejor no le arriesgo”.

“Hace más de un mes que nos acostamos en camas distintas y es que me desespera dormir con él, porque me pongo muy excitada y él dormidote”.

Han practicado el cunnilingus y le ha gustado, incluso llegó al orgasmo, pero no se lo ha pedido de nuevo; no ha hecho fellatio, ni ha tenido relaciones anales, aunque le inquietan.

“Me gustaría que hiciera más cosas nuevas, de veras me preocupa que me vaya a encontrar otro hombre y engañar a José”.

“Cuando teníamos unos dos años de casados me dejó 15 días, se puso celoso porque seguía trabajando, pero es que él es ‘re’güevón’ y no me daba dinero; así que fui con mi mamá, se arrepintió y fue a buscarme. Después ni yo misma sé lo que pasó, porque ahora no me deja, porque le pido perdón para que no lo haga”.

“Me gusta mi cuerpo, ahorita estoy gorda, pero voy a bajar, ya platico más, porque antes era bien ‘seca’; creo que es por lo del trabajo; me lastima que me hagan cosas, soy muy fuerte de carácter, pero últimamente he estado muy irritable, como que me enoja más fácil con José y los niños. A veces, quiero salir corriendo y olvidarme de todo, pero sólo lloro y con eso me consuelo un poco”.

“José es de carácter débil, sin ambiciones, conformista, está malacostumbrando a los niños, pues les da todo lo que quieren; el defecto más grande que tiene es su enfermedad, lo bueno es que ya se la están curando”.

Al preguntársele: ¿estás dispuesta a ayudarlo? contesta: “estoy dispuesta a todo. Él adora a sus hijos y, después de todo, también lo quiero un poco y si hay otra forma de vivir con él, pues será mejor”.

“Me gustaría que cambiara de carácter, que ambicionara, para que nuestros hijos tuvieran algo, que cumpliera sexualmente.

“No tiene plática bonita, sólo habla de cañerías y problemas, ya no es alegre, eso se le acabó, quizás las medicinas y el agotamiento lo tienen así. Antes le decía que si sabía que no se iba a curar, pues que mejor se diera un balazo, pero desde hace como dos años ha cambiado y ya no se lo digo”.

Análisis del caso

- 1.1.1 En él, disfunción en decremento de la fase de excitación que se manifiesta por una incompetencia eréctil secundaria y con antecedentes de eyaculación precoz. Esta disfunción se ve más acentuada por la existencia de múltiples expresiones comportamentales de la sexualidad a nivel erótico como: fetichismo, paidofilia, escopofilia, exhibicionismo, tribofilia, fobofilia e iconofilia. La mayoría de ellas se encuentran a nivel predominante y provocan niveles altos de ansiedad y molestia al consultante, además de que algunas son delitos.
- 1.3.1 El comportamiento del consultante es de carácter compulsivo.
- 1.3.2 Existe una neurosis de carácter grave.
- 1.3.3 Notable componente ansioso y depresión acentuada.
- 1.4.3 Los conocimientos del consultante, en materia de sexualidad, están basados en mitos y tabúes. A todo lo anterior, debe agregarse su precaria situación económica, agravada porque no trabaja de manera efectiva, por el carácter compulsivo de sus expresiones.
- 2.2.1 a 2.2.4 La comunicación en esta pareja es a nivel muy primario, por su estrato sociocultural. Hay mayor empatía (lástima) de ella hacia él, existiendo muy poco respeto y ninguna independencia
- 2.3.1 a 2.3.5 Existen niveles importantes de resentimiento, los que se manifiestan por agresión y violencia, sobre todo por parte de él. Esta situación propicia rechazo mutuo, poca participación y lucha de poder en el seno de la díada.

Metas terapéuticas

La complejidad del caso requiere un enfoque múltiple utilizando psicoterapia, técnicas conductuales, fármacos, abordaje de problemas en la relación de pareja, y educación, tendiendo la terapia a minimizar los problemas descritos.

Pronóstico

Es bueno, a pesar de la complejidad del cuadro, en la medida en que exista colaboración por parte de ambos.

Caso 15

Información básica del consultante

Nombre: Mario

Edad: 28 años

Sexo: masculino

Estado civil: casado hace tres meses

Escolaridad: normalista

Ocupación: maestro de primaria

Religión: católica

Motivo de consulta

Porque no he podido llevar a cabo la penetración vaginal en mi esposa.

Resumen del caso

Padre de 62 años, maestro de primaria, que triunfó. En la actualidad jubilado, pero con muchas conexiones que han ayudado mucho al consultante. Madre de 62 años, maestra de primaria, actualmente ama de casa. Son seis hermanos en total, él es el menor. No se puede decir que hubo comunicación en su familia.

“En mi niñez sí fui algo ‘consentidón’, me consideraban algo así como un juguete, sobre todo porque tuve dificultad para hablar, logré ‘hacer’ de manera satisfactoria hasta que tenía unos siete años más o menos. Como era el más chico, muchas veces acompañé a mis padres a su trabajo”.

“Estaba yo un poco desorientado porque no sabía en realidad qué era lo que quería, mi papá me dijo que entonces tendría que trabajar un poco, me sentí espantado, pero no mucho, pues el trabajo era de ‘aviador’ y no tenía que hacer esfuerzos. Luego conseguí otro en el que ganaría más dinero, pero me corrieron a los ocho días porque les armé una huelga, y es que las condiciones en que laborábamos no eran ideales; finalmente, opté por dedicarme a la docencia y me inscribí en la Normal. Fue ahí donde conocí a Imelda; nuestro noviazgo duró seis años. Me atrajo y me trató muy bien. Nuestras caricias eran siempre por arriba de la ropa; no tuvimos relaciones porque Imelda quería llegar virgen a la noche de bodas”.

“Siento que lo que estoy haciendo no es lo mío, francamente me encuentro ‘atascado’, aunque gano suficiente dinero pues también recibo algo por un trabajo de ‘aviador’ que me consiguió mi papá para que me ayude; voy a pensar qué es lo que me gusta en realidad y luego lo haré”.

Define a su pareja como: “es muy buena gente, se acopla perfectamente a mi personalidad, muy desorganizada, le tiene envidia a la gente, no muy puntual y, a veces por no decir siempre, muy empalagosa”.

“Dado que mis padres eran maestros ‘chapados’ a la antigua, nunca se mencionaron los temas sexuales, estaba perfectamente establecido que no se debería hablar de eso. Cuando yo tenía como 10 años, jugaba con un primo un poco mayor que yo, a la guerra; el que

perdía era atado y luego como tormento se le frotaba el pene, perdí todas las batallas. Una vez vino un tío de 14 años de vacaciones a mi casa y le tocó dormir conmigo, yo tendría 12 años, por las noches él se frotaba contra mi espalda pero nunca hubo penetración, en ambas ocasiones hubo placer pero no interés sexual propiamente dicho”.

En el primer trabajo que le consigue su padre, vio a una secretaria que le gustó mucho, decide masturbarse, lo hace y eyacula en la cama. Su mamá lo lleva al doctor quien le pregunta: “¿andas haciendo cosas indebidas?” Ante la negación de Mario, la cosa no pasa a mayores; por esa época (15 años) no quería masturbarse por temor a no eyacular, vence su miedo y lo hace dos veces al día.

“Como no podía ‘ligarme’ chicas, comencé a jugar con las sirvientas, nos frotábamos rápidamente y yo eyaculaba. Mi mamá se dio cuenta, yo creo, porque las sirvientas comenzaron a ser más viejas y más feas. La solución llegó con mi primer carro, yo tenía 20 años, los domingos salía a ‘ligar’ al parque de los Venados o a Chapultepec, subía a las ‘sirvientitas’, nos acariciábamos un ratito y, ya en una ocasión, encontré una que fue más aventada, la desnudé en el auto e inclusive la acaricié en sus vellos con mis dedos, pero no llegué a más por temor a la policía y porque ya había eyaculado. Cuando éramos novios, Imelda y yo nos acariciábamos mucho y eso a mí me excitaba bastante, sobre todo cuando estábamos solos, creo que nunca nos desnudamos”.

“La noche de bodas fue terrible. No sé a decir verdad quién tenía más miedo, ella o yo, seguramente tuvo que ver en algo mi falta de conocimiento. Ella tenía cara de pavor y pensé que la lastimaría; me excité mucho, traté de llegar a sus partes pero oponía resistencia diciendo que le iba a doler, en esas estaba cuando eyaculé y pues me tuve que dormir, yo creo que si ella cooperara un poco más ya lo hubiéramos logrado, pero siempre sale con que le duele. A mí francamente sí me afectó mucho. Tenemos relaciones hasta tres veces por semana; yo a veces no quiero tantas pero Imelda parece que nunca queda satisfecha, luego es muy empalagosa. Sí me gustan las caricias de boca a pene, pero yo creo que a ella no mucho. A mí no me gusta besarle sus órganos sexuales, pero yo creo que a ella le fascina, si por mí fuera sólo la acariciaría con la mano”.

La historia médica y psiquiátrica refiere lo siguiente: padre cardiópata, madre hipertensa. No padeció enfermedades eruptivas comunes de la infancia.

“A veces me sentía tan solo que me inventé un amigo para platicar, se llama: ‘Galletín’, todavía le consulto mis cosas y me siento muy bien de hacerlo; a veces ‘me saco de onda’ porque voy platicando por la calle con él y la gente me voltea a ver raro. Sé que es mi imaginación pero me siento bien, no estoy loco”.

Se trata de un consultante que tiende a deprimirse con facilidad, que es poco comunicativo con su esposa, con ella misma es muy agresivo, criticador y castigador. Sus opiniones hacia las expresiones de la sexualidad son más permisivas que las suyas.

En el estudio psiquiátrico integral encontramos que el consultante no tiene alucinaciones visuales, auditivas, olfatorias, pensamiento sonoro ni distorsión de la realidad. No se juzgó necesario solicitar estudios de laboratorio ni de gabinete.

Respecto a la caracterología de E. Fromm tiene notable orientación receptiva, explotadora y acumulativa, las tres en sus aspectos negativos.

Diagnóstico y metas

2.2.2 Pareja 2: disfunción en decremento de la fase de meseta.

- Meta: incrementar la fase de meseta.
- 1.3.1 Neurosis obsesivo-compulsiva.
Meta: psicoterapia para abordar la neurosis.
- 1.3.2 Carácter: receptivo, explotador y acumulativo en los aspectos negativos de la caracterología de E. Fromm.
Metas: conscientizar y flexibilizar.
- 3.3.3 Ansiedad: se encuentra manifiesta e importante.
Meta: disminuir ansiedad.
- 3.3.4 Mecanismo de defensa: racionalización, proyección, negación.
Meta: abatir la agresividad y rigidez.
- 1.4.1 Educación: tanto en el nivel cognitivo, afectivo (1.4.2), se hace patente la carencia de conocimientos y actitudes propicias para la relación.
Meta: dar conocimientos y modificar actitudes.
- 2.1.1 Atracción física: disminuida.
Meta: mejorar atracción física.
- 1.1.1 Comunicación: totalmente deteriorada.
Meta: establecer canales adecuados de comunicación.
- 1.1.2 Empatía: ausente.
Meta: establecer empatía.
- 1.1.3 Respeto: inexistente.
Meta: crear respeto.
- 1.1.1 Enojo o resentimiento: patentes.
Meta: disminuir el enojo y resentimiento.
- 2.2.2 Agresión o violencia: están presentes de manera evidente o encubierta los ataques que él hace hacia ella.
Meta: disminuir la agresión.
- 2.2.3 Rechazo: se manifiesta constantemente en las actitudes valorativas y despectivas que vierte hacia ella.
Meta: quitar el rechazo.
- 2.2.4 Poca participación: definitivamente su participación en la relación es nula.
Meta: establecer y reforzar la participación.

Caso 16

Información básica del consultante

Nombre: Imelda R.

Edad: 28 años

Sexo: femenino

Lugar de origen y radicación anterior: México, DF.

Escolaridad: normalista

Ocupación: maestra

Religión: católica

Motivo de consulta

Siempre quise tener hijos y ni siquiera puedo hacer el amor, tal vez por inexperiencia e ignorancia de ambos y mi temor al dolor.

Resumen del caso

Padre muerto hace 11 años a los 40, en un accidente automovilístico. Madre de 52 años, también maestra, dos hermanas mujeres, ella ocupa el tercer lugar.

El ambiente familiar era poco abierto y con trato preferencial a la hermana mayor. No se hablaba de sexo.

No recibió información sexual, excepto que su madre le dijo que el coito dolía mucho. Imelda pensó que se lo decía para que se asustara y no lo hiciera antes de casarse.

Su infancia transcurre sin eventos relevantes.

Entre sus juegos eróticos refiere que a los 11 años durante el baño se abrazaba desnuda con su hermana inmediata mayor, jugaban a que eran novios.

Recibió la primera información con respecto a la menstruación a los 14 años en el colegio. Es regular en ritmo, pero con dismenorrea; desde hace cinco años disminuyeron de intensidad los cólicos.

A los 19 años, al salir de la escuela, fue acorralada en una pared por un hombre quien le tocó los órganos sexuales por encima de la ropa; fue auxiliada por sus compañeros.

Al recordar el suceso dice que sintió “un miedo enorme”.

“Desde muy pequeña estuvimos muy vigiladas, casi sobreprotegidas, no nos visitaban amigas ni nosotras visitábamos”.

Niega haberse masturbado en la infancia y adolescencia, pero recuerda que se tocaba los órganos sexuales con frecuencia, y que su mamá le decía; “cochina, déjate ahí”. También recuerda: “haberme despertado por las noches con temblores corporales, como si tuviera orgasmos y otros a punto de, pero sin hacer nada para lograrlos”. En la actualidad, lo ha intentado tres veces: “no por ganas sino para ver qué pasaba. No he sentido nada; agradable pero nada más, tal vez porque la estimulación no era suficiente”.

Nunca ha visto sus propios órganos sexuales y tampoco los conoce en láminas o dibujos. Desconoce cuál es el orificio vaginal. Los órganos sexuales masculinos le causan miedo por el tamaño. “Los órganos sexuales son para la reproducción, más que para el placer, además el cuerpo de la mujer es más estético que el de los hombres”.

“Soy muy sentimental, muy sensible, buena persona, lloro con mucha facilidad, me gusta ayudar, regalar cosas. Me valoro mucho, me quiero a mí misma, por eso no tuve relaciones sexuales antes de casarme”.

“No soy fuerte. Soy vanidosa a veces. Quiero mucho a mi mamá por lo que ha hecho por nosotras y se lo debemos agradecer por cariño, no por obligación”.

Define a Mario:

“Es el mejor de todos sus hermanos, también le gusta ayudar, pero espera agradecimiento y reciprocidad, considera importante el dinero, pero lo gasta fácilmente. Es detallista, metódico, apegado a sus costumbres familiares. Es hogareño, le gusta cocinar, ser sociable. Es muy ordenado”.

“Se deprime con facilidad si no lo toman en cuenta, habla solo, con un amigo imaginario que tiene desde chico”.

“Es muy miedoso de la corriente eléctrica, del gas, entre otras cosas; no sabe ni clavar un clavo. Quisiera que no fuera tan miedoso e inútil”.

Mario fue su único novio y duró con él seis años, durante los cuales llegaron a caricias a órganos sexuales por encima de la ropa: “con remordimientos por como fui educada y no defraudar a mi mamá; además, no era algo que me entusiasmara o excitara mucho, lo aceptaba por querer a Mario”.

Cabe mencionar aquí que el coito nunca se ha llevado a cabo como tal, pero que en el viaje de bodas los intentos fueron infructuosos por el temor e inexperiencia de ambos. Se estimulan manualmente pero “cuando siento que Mario está tratando de buscar por dónde, me tensó, lo apartó. No dejo que se me acerque mucho a mis órganos sexuales para evitar peligro, no me puedo relajar durante nuestros intentos por miedo a no poder, pero sobre todo miedo al dolor físico. Aunque creo que es más culpa de él por falta de energía y experiencia, si la primera vez me hubiera obligado, tal vez ya lo habríamos logrado. Además, le falta imaginación en sus caricias, yo lo acaricio poco porque es muy rápido”.

Tienen “relaciones” tres veces por semana, de las cuales Imelda queda insatisfecha por falta de estimulación dos veces de cada tres, y a veces, las tres lubrica cuando se excita; llega al orgasmo con estimulación manual y, en ocasiones, tiene emisiones de un líquido que no es orina.

De novios aprovechaban cualquier oportunidad para acariciarse, pero esto ha ido disminuyendo en forma gradual.

No tienen contacto sexual durante la menstruación por temor a infecciones, y por considerarlo antihigiénico.

“Al principio, el fellatio me daba repulsión porque habían dicho que era cochina y que sólo las prostitutas lo hacían, no me desagradan ni el sabor ni el olor del semen. No me causa repulsión, pero no me gusta ni me excita” (sin embargo, mientras lo está diciendo gesticula con asco).

“Mario me hace el cunnilingus algunas veces, dice que le gusta hacerlo, pero a mí me excita más con la mano”. La luz y desnudez las aceptan ambos.

“Mario no es mi tipo físicamente, pero tiene cualidades como para darle importancia. Su trabajo es creativo, pero ante cualquier problema pequeño se le cierra el mundo; me desespera porque creo que no va a lograr grandes cosas. Lo quiero mucho”.

Las características de la relación de pareja se explican como sigue:

Comunicación-bloqueada
Empatía-unilateral existente en ella
Respeto-deteriorado

La respuesta sexual se encuentra alterada en ella en la fase de meseta.

La historia clínica médica refiere lo siguiente:

Consultante con edad aparente a la cronológica, que asiste puntualmente y de manera voluntaria a sus citas. Ha padecido enfermedades eruptivas de la infancia; cirugías ninguna; Gesta 0; utiliza anticonceptivos hormonales orales sin efectos secundarios. Tabaquismo de

10 cigarrillos al día. Goza de buen estado de salud aparente. Su arreglo personal es cuidadoso y limpio. Cooperadora, responde a las preguntas con tranquilidad tratando de ser precisa; no se observan fuga de ideas, responde en forma negativa a la búsqueda de pensamiento sonoro. Se aprecia buena integración en las tres esferas (tiempo, espacio, persona); no hay indicios de psicosis. Insatisfecha con su trabajo y contemplando un cambio. Refiere no obtener descanso aun durmiendo 8 h diarias. Durante las entrevistas, llora en ocasiones, retorciéndose las manos y secándose las con frecuencia.

No hay datos ginecológicos, porque la consultante se niega a ir al ginecólogo.

Dibuja una curva de respuesta sexual: “desde que me casé la mayoría de las veces me quedé a punto de obtener el orgasmo porque Mario eyacula.

Las pruebas realizadas nos hablan de características de temperamento aceptables en Imelda, las cuales difieren con las de Mario en áreas donde no ocasionan conflicto. En general, demuestra tener buen conocimiento de él, excepto en lo que corresponde a depresión, expresividad e impulsividad.

El test de actitudes nos habla de apertura y aceptación hacia la sexualidad, su RY sólo cae dentro del rechazo en el área 10 de prostitución y en la 11 de zoofilia y necrofilia.

El expresiograma se coloca en expresión no erótica a un nivel acentuado.

Diagnóstico y metas

- 1.1.1 Pareja 1: vaginismo, anorgasmia secundaria, apatía.
- 1.4.1 Educación cognitiva.
Meta: educar.
- 1.4.2 Educación afectiva.
Meta: modificar actitudes.
- 2.1.1 Atracción física.
Meta: mejorar atracción física.
- 2.1.2 Intelectual.
Meta: mejorar atracción intelectual.
- 2.2.1 Comunicación.
Meta: mejorar la comunicación.
- 2.2.2 Empatía.
Meta: incrementar la empatía.
- 2.2.3 Respeto.
Meta: reforzar el respeto.

Otras

- 2.3.3 Rechazo.
Meta: eliminarlo.

Respuesta sexual

- 2.4.1.1 ESE.
- 2.4.1.2 Excitación.
- 2.4.1.3 Meseta.
- 2.4.1.4 Orgasmo.
- 2.4.1.5 Resolución.
Meta: modificar respuesta sexual.

Pronóstico

Sujeto a evolución.

Caso 17

Información básica del consultante

Nombre: Sebastián

Edad: 31 años

Sexo: masculino

Lugar de origen y radicación anterior: Querétaro

Estado civil: casado

Escolaridad: licenciado en odontología

Ocupación: odontólogo

Religión: católica

Motivo de consulta

No hemos podido realizar nuestro matrimonio, no hemos tenido relaciones sexuales.

Resumen del caso

Padre de 73 años, jubilado, con buena salud, muy católico (hubiera preferido ser sacerdote); madre de 66 años, ama de casa, católica (regular). Son ocho hermanos en total; el consultante es el menor. Cuatro de ellos intentaron estudiar una carrera religiosa, al parecer, no había la vocación suficiente y se retiraron.

Se desarrolló en un ambiente bastante influido por la religión: abundaban los rezos y castigos ante la menor falta. Cuando había hecho mi primera comunión, la cosa estuvo más difícil, pues había que confesarse cada semana. A cada momento se nos decía que la vida de los santos era mejor, que en este mundo no había virtud, que el pecado iba invadiéndolo todo poco a poco; que la única salvación era entregarse en cuerpo y alma a la oración. Pocas veces hubo mucha alegría, siempre estábamos pendientes de no cometer una falta que fuese un pecado grave”.

“Mis padres nunca fueron cariñosos con nosotros, tampoco entre ellos, decían que no estaba bien besarse todo el tiempo”.

Su pubertad: “transcurre casi igual, sólo que la vigilancia aumenta, porque las tentaciones también; tengo que andar en casa, pues los hermanos mayores fueron al seminario, papá siempre los pone de ejemplo a ellos, después de misa pueden irse un rato al parque, al cine no siempre porque, a veces, las películas no son apropiadas. No tengo muchos amigos, porque según papá, sólo piensan en el pecado y ‘más vale solo que...’. Siempre se tuvo la esperanza de que yo sí finalizara la carrera eclesiástica, cuando les comuniqué que no sería así, hubo desilusión. Como tenía que estudiar en el DF, papá compró una casa y vine, con dos hermanos y nuestra hermana mayor para cuidarnos. Hubo muchos problemas con ella, pues era más rígida que nuestros papás. Nunca he vivido solo, siempre con algún familiar, también estuve un tiempo en casa de un hermano casado”.

“Ahora me siento muy confundido, no sé lo que quiero ni a dónde voy; necesito ayuda; no estoy seguro de mis conocimientos, cuando sé que tengo trabajo me pongo de mal humor, prefiero dormir todo el día. En cuanto a mi matrimonio, me siento derrotado, pero como dicen mis papás: ‘no hay tanto problema porque como no se ha consumado puede anularse’; esto me hace sentir bien y además dicen que el problema es de ella, no mío.

“Mi esposa es impulsiva, muy activa (mucho más que yo), extrovertida, inmadura, con gran sentimiento de culpa por su origen. No sé si me ame, sólo sea costumbre o quiera en realidad a otro Sebastián. Al principio intentó ayudarme y cooperó; luego me perdió todo interés. Me gustaría que fuera más sumisa y dependiente”.

Tuvo poca oportunidad de platicar sobre temas sexuales con sus hermanos, ya que, entre ellos mismos, se vigilaban en forma intensa; sus progenitores jamás mencionaron nada sobre el sexo. Como a los ocho años de edad escucha decir a sus amigos con frecuencia que: “las chaquetas son bien ricas”, al principio no entiende; sin embargo, los comentarios continúan y suben de tono; “después de coger nacen los chamacos”. Nunca se atrevió a preguntar al respecto, más bien fue intuyendo, todo se confirmó al ver las fotografías que llevaron sus amigos; no lo excitaron, al contrario, le causaron un gran sentimiento de culpa pues sabía que no era bueno aquello que hacía en secreto. Tiene un juego donde se frota con un amigo mayor que él, no le excitó y dejó de hacerlo; sin embargo, un compañero los vio y, de ahí en adelante, fue constante objeto de burla: “Seba el marica, joto, puto y otros”.

Alrededor de los 15 años, al bañarse se acarició los órganos sexuales y la sensación fue placentera. En su mente aparece una palabra: “chaqueta”, continúa la estimulación hasta eyacular y, entonces, viene un enorme y terrible sentimiento de culpa, pues cometió un pecado; tan pronto como es posible lo confiesa, paga su penitencia y vuelve a masturbarse. La frecuencia es de dos veces por semana, conforme pasa el tiempo, la va espaciando hasta una vez por semana, cuando mucho; ahora “nunca lo hago solo, siempre con ayuda de mi mujer”.

“Nunca he tenido un coito, sobre todo antes de casarme, porque el sentimiento religioso lo impedía, también el tamaño de mi pene, pues lo considero muy pequeño; además como tenía fimosis me molestaba que fuera distinto al de los otros, ya que nunca se me pelaba”.

Su primera novia a los 15 años: “fue platónico, no hubo caricias, besos, nada; sólo nos tomábamos las manos”.

A los 17, tiene su segunda novia, ahora sí hay besos y una que otra caricia.

A los 22 años, con la tercera, ya hay besos y caricias a senos y piernas, aunque siente que, como no habrá boda, ello lo pone un “poquitín” mal: “no está bien que hagamos esto”.

A los 28 conoce a su futura cónyuge en el DF. Aún estudiaban en la universidad, el noviazgo duró 60 días; lo que más le agradó de ella fue su cultura, su plática: “es que en mi casa no tengo con quien platicar, no puedo sostener una conversación interesante. Físicamente no me atrajo, es muy morena y ese color no me gusta mucho; su cuerpo sólo es regular, confieso que temía quedarme solo, eso debe haber influido bastante para mi decisión”. No sostuvieron relaciones sexuales premaritales, ambos estuvieron de acuerdo, y tampoco tuvieron caricias muy intensas. La noche de bodas no hubo ni asomo de erección: “estábamos muy cansados, los primeros dos días trató de ayudarme, incluso me hizo el fellatio a petición mía; sin embargo, no me excité pues no es muy correcto, luego no cooperó para nada, le besé sus órganos sexuales, pero tampoco me gustó”.

“A partir de la luna de miel nos alejamos más, ya casi no nos acercamos y evitamos todo tipo de contacto; creo que resultó lo que siempre pensé que ocurriría en mi primer coito: que fallaría. Aunque pienso que también ella tiene algo de culpa, mis familiares están de acuerdo en esto”.

Padeció enfermedades eruptivas comunes de la infancia; parotiditis a los 12 años, sin complicaciones; amigdalectomía a los 13 y circuncisión a los 28.

Metas

- 1.1.1 Incrementar la fase de excitación.
- 1.1.2 (Carmen) disminución sexual por decremento de la fase de orgasmo (mioclónica).
Meta: incrementar la fase de orgasmo, fisiológico y subjetivo.
- 1.3.1 Neurosis depresiva.
Meta: fármacos y psicoterapia.
- 1.3.2 (Sebastián), tiene orientación mercantil en los aspectos negativos.
Meta: inducir productividad.
- 1.3.4 Mecanismo de defensa: racionalización, proyección y negación.
Meta: conscientizar, reconocer y aceptar.
- 1.4.2 Educación: es necesaria a nivel cognitivo y afectivo.
Meta: proporcionar información objetiva y modificar actitudes que proporcionen mejor desempeño en la interacción.
- 2.1.1 Atracción física: disminuida.
Meta: mejorar atracción física.
- 2.1.2 Atracción intelectual: disminuida.
Meta: mejorar atracción intelectual.
- 2.1.3 Atracción afectiva: deteriorada.
Meta: establecer lazos de cercanía y afecto.
- 2.2.1 Comunicación: inadecuada.
Meta: reforzar comunicación.
- 2.2.2 Empatía: es notable la falta de ésta de Sebastián hacia Carmen.
- 1.1.4 Respeto: manifiesta la falta de esta condición al tratar de imponer sus criterios hacia Carmen, tratando de dirigir su vida e impedir su realización personal.
Meta: establecer respeto.
- 1.1.1 Enojo, resentimiento: presentes, sobre todo de Sebastián hacia Carmen.
Meta: disminuir enojo, suavizar resentimiento.
- 1.1.2 Rechazo: presente, Sebastián lo manifiesta.
Meta: eliminar el rechazo.
- 2.3.4 Poca participación: Sebastián siempre ha mantenido actitud pasiva en la relación.
Meta: incrementar la participación. Manejar la falta de iniciativa.
- 2.4 Se encuentran afectadas las áreas de respuesta sexual, por lo que se manejará la meta a nivel global, independientemente de las consecuencias obtenidas con el manejo integral de la relación.
Meta: modificar la respuesta sexual.

Caso 18

Información básica del consultante

Nombre: Carmen A.

Edad: 27 años

Sexo: femenino

Lugar de origen y radicación anterior: México, DF.

Estado civil: casada

Escolaridad: licenciada en biología

Ocupación: bióloga

Religión: católica

Motivo de consulta

En tres años de casados no hemos consumado el matrimonio.

Resumen del caso

Padre de 55 años, profesionista, católico no practicante; llevan buena relación. Madre de 50 años, estudió bachillerato, ama de casa, católica, muy creyente y practicante, buena relación actual; con ciertas fricciones por diferencias de personalidad durante la infancia y adolescencia.

La relación entre los padres es adecuada y satisfactoria. Es la mayor de tres hermanos y la única mujer.

“Fui muy feliz, no me regañaban y me permitían hacer lo que quería, jugar, leer y otras cosas; me gustaba leer aventuras y biografías”.

A los tres o cuatro años, jugó a tener relaciones sexuales con un amigo de su misma edad: “nos bajamos los calzones y me acosté boca abajo, se puso encima de mí, durante mucho tiempo pensé que así era como se hacía y me sentía culpable por esto, creía que era malo”.

“No recuerdo haber oído o leído nada sobre sexo, mi mamá no hablaba de eso. Tuve mi regla a los 12 años sin saber nada, me asusté mucho. Mamá me enseñó qué usar y dijo que era normal; una amiga mencionó que sólo iba a pasar eso seis meses y, ¡oh decepción!, al enterarme de la verdad”.

“Durante la adolescencia fui muy activa físicamente, me masturbé por primera vez a los 15 años. Nunca hablé de eso con mis amigas, porque lo veíamos malo y degenerado. La frecuencia era de dos veces por semana hasta los 18 años”. Ahora piensa que “es normal”, pero niega hacerlo: “no me dan ganas”.

Tuvo dos novios, sin llegar a caricias a órganos sexuales, desnudez o relaciones sexuales con ninguno.

“Como estudiante era regular, ‘amiguera’; siempre he sido muy independiente”.

“Soy voluble, lucho por algo y, cuando lo obtengo, quiero otro; terca, extremosa en mis emociones, odio la soledad, los elevadores y la gente tímida”.

“Me fascinan: las aglomeraciones, espacios abiertos, pintura, música, deportes y la gente emprendedora; no me gustan: las colecciones, el voleibol. No soy rencorosa o envidiosa.

“Sebastián es flojo, apático, tímido, introvertido, indeciso; no tiene metas ni ilusiones. Creía conocerlo, ahora no sé. Tal vez su personalidad está enmascarada por su problema”.

“Lo conocí dos meses antes de casarnos; me gustó que era de familia bien (se refiere a orden religioso y moral), creí que era lo conveniente además es bastante culto y platicábamos muy bien. De novios nunca hicimos el amor o intentó sobrepasarse; dijo que era ‘virgen’, pero no lo creí. En la noche de bodas no pudo, me dijo que estaba muy cansado, lo calmé. Sin embargo, a pesar de intentarlo todos los días, nunca pudimos. Ahora se olvida de besarme y excitarme, hasta para eso es flojo, nada más se acuesta y quiere que me ponga arriba; se me hace tan mecánico, tan feo. Casi tenía que ser yo la que decía cómo hacer las cosas, me sentía prostituta. ¡Se suponía que él debía ser quien tuviera experiencia!”

“En una ocasión, Sebastián quiso meter sus dedos en la vagina; pero no quise, porque creía que era ‘antinatural’ “.

“Creo que no he tenido orgasmos, si los hubiera tenido lo sabría. Siento bonito, a veces, pero nada más”.

“Sí, me relajo, pero no porque sea algo que me venga, sino que me controlo para lograrlo”.

“La última vez que lo intentamos fue hace tres meses”.

“Me gusta el físico de Sebastián, es bastante culto, y me casé ilusionada, feliz, muy enamorada; ahora, con todo lo que ha pasado, no sé cómo vivimos separados, nos hablamos por teléfono muy bien; pero estando juntos, a los 15 min. estamos peleando”.

“Al principio, hablábamos de nuestras cosas y sabíamos qué pasaba, ahora ya no; discutimos con frecuencia. Aunque me desespera, lo comprendo y entiendo, pero él a mí no; quiere que piense como él, trata de convencerme de que deje mis proyectos de trabajo y superación, y que no haga vida social. Noté que yo también quería cambiarlo; pero ahora ya no, que sea él mismo, como quiera, pero que viva, que no esté vegetando”.

“Aunque me gusta, no siempre me excito, de lo demás pues no sé; sólo que suspendo la estimulación, porque no quiero llegar al orgasmo sin penetración”.

“No me preocupa si hay luz o no, o con ropa, lo que pasa es que antes (inicio de la relación), me gustaba todo: ¡menos el sexo oral, me da asco!; ahora, me choca cómo me besa y abraza. Si esto no resulta va a dolerme mucho separarme, pero prefiero ahora y no en 10 o 20 años”.

La consultante, con edad aparente similar a la cronológica, no presenta antecedentes patológicos importantes, se encuentra en buen estado de salud; cooperadora, bien orientada en las tres esferas (tiempo, espacio, persona), no muestra sintomatología psicológica importante.

De las pruebas y análisis complementarios se desprende que su perfil de temperamento sólo indica mejoramiento deseable en el área de dominancia y necesario en las de indiferencia y hostilidad, y que tiene un buen conocimiento de Sebastián.

Difieren, en forma importante, en la mayoría de las áreas.

El test de actitudes manifiesta que tiene una actitud abierta hacia la sexualidad; a excepción de: necrofilia, zoofilia y prostitución.

La curva de respuesta de Carmen muestra que responde al estímulo sexual y prosigue a la fase de excitación, interrumpiéndose la gráfica en este punto para dar paso a una resolución rápida.

Diagnóstico y metas

- 1.4.1 Educación cognitiva.
Meta: educar.
- 1.4.2 Educación afectiva.
Meta: modificar actitudes.
- 2.3.1 Enojo o resentimiento.
Meta: quitar resentimiento.
- 2.4.1 Pareja.
Meta: modificar respuesta sexual.

Caso 19

Información básica del consultante

Nombre: Romualdo

Edad: 28 años

Sexo: masculino

Estado civil: 3 años de casado

Escolaridad: 5° de bachillerato

Ocupación: industrial

Religión: católica

Motivo de consulta

Me preocupa y molesta que en ocasiones el pene no se me pone muy erecto o muy poquito o no puedo eyacular; en caso de que haga el 'acto' y digamos que quiera.

Resumen del caso

Padre de 52 años de edad, sano, comerciante, siempre se ha llevado bien con el consultante. Madre de 50 años, ama de casa y al igual que su esposo, lleva buena relación con Romualdo. Son seis hermanos, él es el mayor y con ninguno hay problemas, excepto con el menor de 12 años: "es muy vago, siempre anda en la calle". Su esposa de 22 años, estudió la secundaria, es ama de casa, con aparente buen estado de salud. Los mencionados son católicos pero sólo creyentes.

Su madre fue y es muy cariñosa con él; su papá lo llevaba al trabajo y desde muy pequeño aprendió "que en esta vida todos tenemos obligaciones y debemos de trabajar para poder sobrevivir".

Las relaciones con sus hermanos fueron agradables, aunque había pocas oportunidades para los juegos: "papá siempre quería que estuviésemos haciendo algo".

A partir de este momento (13 a 14 años) ya tiene un trabajo fijo ayudando a su padre y además va a la escuela. Tiene pocas oportunidades de divertirse y, por tanto, pocas novias.

Le interesa hacer dinero, se pone a pensar en sí mismo y llega a la siguiente conclusión: "no soy abusado pa'l estudio pero si pa' los negocios". Inicia una carrera de comerciante en

la que tiene altibajos; en uno de estos decide irse a EUA, en calidad de bracero: “tenía dos meses de casado y pu’s nos sirvió de luna de miel”. Regresó al año porque su mujer estaba embarazada. No quería aliviarse allá porque “hacía mucho frío”. Al regreso, le pide dinero prestado a su papá, se asocia, pone un negocio y considera que está prosperando.

“Mi propia imagen está muy distorsionada, no he llegado a mi meta. Quiero que económicamente no me falte nada”.

“Sí me hubiera gustado ser un profesionista”.

“Mi mujer es muy hacendosa, trabajadora y cariñosa, me trata bien en general. Me gustaría que fuese más preparada”.

“Me contradice mucho; a nuestro hijo a veces lo castiga mucho y muy duro, también es muy metiche”.

Sus padres jamás hicieron mención alguna respecto al sexo, sus hermanos tampoco. A los 11 años aproximadamente, en la escuela oye decir a sus amigos: “Coger es bien padre”. Este tipo de comentario no le satisface y decide leer un libro (no recuerda cuál).

Existe un periodo en la vida del consultante en que se dedica casi por completo al trabajo y estudio.

Con un grupo de compañeros de la preparatoria deciden ir a Cuernavaca: “con las puchachas”, tiene 19 años y esa primer experiencia resulta muy desagradable. “Yo esperaba más cariño y fue todo lo contrario, el cuarto era pequeñísimo y no había cama sólo un catrecito”.

“Francamente creo que la prostitución es muy perjudicial, porque con tantas prostitutas y tantos habitantes se propagan mucho las enfermedades venéreas; además, los niños se dan cuenta y esto no conviene”.

A los 23 años, conoce a una doctora y se hacen novios, deciden tener relaciones sexuales, ella no quiere embarazarse, él se aguanta y no eyacula pues tiene mucho miedo a comprometerla. En realidad no goza mucho, pues lo que él intenta es no eyacular; en total tiene unos 15 o 20 coitos y: “nunca, nunca eyaculé. Por ese entonces me masturbé por primera vez, y es que después de estar con ella me quedaba un dolor de testículos y quería saber si podía eyacular o no. Sí lo logré y además se me quitó el dolor”.

Conoce a su actual cónyuge en una fiesta. Tres meses después se hacen novios y seis años después se casan; sin embargo, sostienen relaciones sexuales, “cada vez que queremos”. La anticoncepción se logra practicando el coito interrumpido. Después de casados continúan igual, y deciden tener un hijo. Consultan a un ginecólogo después del parto y éste prescribe anticonceptivos orales; ella se siente mal por lo que vuelven a la práctica del coito interrumpido.

Cuando hacen el amor es requisito apagar la luz: “ya no practico el ‘beso profundo’, no sé bien porqué; si le he besado sus órganos sexuales pero a ella no le gusta. A mí sí me gusta que me bese y chupe el pene, pero a ella no. Yo sí llego al orgasmo, yo creo que ella de vez en cuando”.

“Tengo una amiguita con la que también hago el amor. Como no la debo embarazar me ‘vengo’ afuera o me aguanto. En total hago el amor dos veces en mi casa y con mi amiguita una o dos por semana”.

“Mi problema comenzó como a los seis meses después de la boda. Una vez que estaba con ella no tuve erección y me sentí mal; ella me consoló y no volvió a ocurrir hasta como un año después. En estos últimos tres meses ya me pasa muy frecuentemente. Si se logra

‘parar’ mi pene no puedo eyacular en muchas ocasiones. Mi mujer o mi amiga llegan al orgasmo varias veces, pero yo no; ellas se sienten mal porque creen que no me gustan pero no es así. No sé lo que me pasa, yo sí me esfuerzo para eyacular pero no puedo, sólo me quedo con un dolor en los testículos”.

Padeció enfermedades eruptivas comunes de la infancia, amigdalectomía a los ocho años, apendicectomía a los 26 años, colecistectomía a los 28 años. Es alérgico a la penicilina.

En cuanto a su temperamento y carácter, se muestra pesimista, reservado, retraído, reprimido, ensimismado, pasivo, dependiente, criticador. Con respecto a la caracterología, según E. Fromm, tiene orientación receptiva en aspecto positivo. En el “test” que informa sobre sus actitudes hacia la sexualidad pudo observarse que es una persona que tiene una opinión abierta hacia las distintas formas de expresión de la sexualidad y cuya opinión con respecto a los demás es aún más permisible.

Pruebas y análisis complementarios

Las pruebas psicológicas ya fueron descritas, se le solicitó: análisis general de orina, biometría hemática completa y curva de tolerancia a la glucosa. En todos estos estudios, los resultados se encontraron dentro de límites normales.

Diagnóstico y pronóstico

- a. Incompetencia eréctil secundaria.
- b. Incompetencia eyaculatoria secundaria.
- c. Alérgico a la penicilina.

Nota. En este caso, la esposa no cooperó ni asistió a estudio, por lo que el manejo del caso deberá buscar otras alternativas.

Referencias

- Ables y Brandsma, J. M. (1977). *Therapy for Couples*. San Francisco: Jossey Bass.
- Abramov, A. H. (1977). A retrospective study of sexual life in women with acute myocardial infarction 92 (11), 486-90.
- Agle, D. P. & Baum, G. L. (1977). Psychological aspects of chronic obstructive pulmonary disease. *Medical Clinics of North America*, 61, 749-758.
- Álvarez-Gayou, J. L. & Mazín, R. (1977). Educación de la sexualidad en Facultades y Escuelas de Medicina en México. *Salud Pública de México*. Época V. XIX (3), p. 443.
- Álvarez-Gayou, J. L., Mazín, R. & Solís, A. L. (1978). *Female Homosexuality*. A survey in Mexico City. (A Preliminary Report). Third International Congress of Medical Sexology [Abstracts]. Roma, p. 394. .
- Álvarez-Gayou, J. L. (1978). La educación sexual en el mundo. *Mundo Médico*, S 50..
- Álvarez-Gayou, J. L. (1978). Terapéutica de las disfunciones sexuales. *Mundo Médico*, 6(60), 60, 41.
- Álvarez-Gayou, J. L. (1978). The psychiatrist and psychiatry as elements of change social structures. Their responsibility and an example. *Intemational Journal of Social Psychiatry*, 23 (i)
- Álvarez-Gayou, J. L., Mazín, R., Lizárraga, X. & Seligson, B. (1979). *Elementos de Sexología*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Álvarez-Gayou, J. L. (1984). El continuo de las expresiones comportamentales de la sexualidad y el expresiograma. *Perspectiva Sexológica*, 11 (8).
- Álvarez-Gayou, J. L. (1984). *La violación, un problema de salud pública que no ha sido considerado*. Trabajo presentado en las 11 Jornadas Anuales Sexológicas. Cuernavaca, Mor., México.
- Álvarez-Gayou, J. L. (1985). *La Condición Sexual del Mexicano*. Colección Relaciones Humanas y Sexología. México: Grijalbo.
- Álvarez-Gayou, J. L. & Millán, A. P. (2002). Desviados, perversos o diversos. Expresiones comportamentales de la sexualidad y el expresiograma. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, VIII (2).
- Álvarez-Gayou, J. L. & Millán, A. P. (2004). La Aceptación de la Educación de la Sexualidad en la Escuela. Estudio Cuanti-cualitativo realizado en 15,000 padres de familia de la República Mexicana. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 9 (1).

- Álvarez-Gayou, J. L. & Millán, A. P. (2002). Reporte preliminar de un estudio de comportamiento sexual en 1,200 mexicanos. Trabajo presentado en el 4º Congreso Nacional de Investigación en Sexología. Colima.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2004). Percepciones y opiniones sobre la masculinidad y la femineidad. Los géneros y la escuela. Propuesta Educativa sustentada en una investigación cualitativa en 1,000 sujetos de 18 a 25 años de edad. Trabajo arbitrado y aceptado que fue presentado en el VI Congreso Nacional de Investigación Educativa en Manzanillo, Colima en el 2002. Publicado en la Memorias del Congreso y en Archivos Hispanoamericanos de Sexología, 9 (2).
- Álvarez-Gayou, J. L. & Millán, A. P. (2004). Monogamia vs Poligamia y la Pareja. Trabajo presentado en el 4º Congreso Nacional de Investigación en Sexología. Colima.
- Álvarez-Gayou, J. L. & Millán, A. P. (2008). Swingers: ¿desviados, perversos, inmorales o diversos? etc. Trabajo presentado en el VI Congreso Nacional de Investigación en Sexología. Villahermosa, Tabasco.
- Álvarez-Gayou, J. L. & Millán, A. P. (2009). Homosexualidad, bisexualidad, travestismo, transgeneridad y transexualidad: Derrumbe de mitos y falacias. Ediciones del Instituto Mexicano de Sexología. México.
- American Psychiatric Association (1983). *DSM-III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.
- Annon, J.S. (1974). *The Behavioral Treatment of Sexual Problems*. Honolulu, Hawaii: Enabling Systems, Inc.
- Ansari, J. M. A. (1975). A study of 65 impotent males. *British Journal of Psychiatry*, 127.
- Asayama, Sh. (1975). 1. Adolescence Sex Development and Adult Sex Behavior in Japan. *The Journal of Sex Research*, 11 (2), 91.
- Athanasiou, R., Shaver, P., Tavris, C. (1970). *Sex. Psychology Today*, 39.
- Bar, M. (1981). *The use of depot Phenotiazines as an aid in the treatment of unconsummated marriage*. Trabajo presentado en el V Congreso Mundial de Sexología. [Abstracts]. Jerusalem.
- Barlow, D. H., Agras, W. S., Becker, R. & Leitenberg, H. (1970). A mechanical strain gauge for recording penile circumference change. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 3, 73-76.
- Barragán, M. (1996). El Sistema Sexo-Género y los Procesos de Discriminación. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 2 (1).
- Basson (2001). Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther*, 27 (1), 33-43.
- Bell, A., Hammersmith, S. K. & Weinberg, M. (1981). *Sexual Preference. Its development in men and women*. Indiana: University Press.
- Bell, A. & Weinberg, M. E. (1977). *Homosexualities*. The Institute of Sex Research. Indiana: Simon and Schuster.
- Bene, F. (1965). On the genesis of males homosexuality: an attempt on clarifying the role of the parents. *British Journal of Psychiatry*, 111, 803-813.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. EUA: Warner books.
- Berman, E., Lief, H. & Williams, A. M. (1981). A model of marital Interaction. En P, Scholevar (Ed.), *The handbook of marriage and marital Therapy*. S.P. New York: Medical and Scientific Books.
- Berman, J. R., Bassuk, J. (2002). Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction. *World J Urol* 2 (20), 111-118.
- Berne, E. (1973). *Juegos en que participamos*. México: Diana.
- Bernstein, D. A. & Barkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training: A Manual for the Helping Professions*. Champaign, Ill.: Research Press.
- Bieber, I., Dain, J., Dince, P.R., Drellich, M. G., Grand, M. G., Grundlach, R. H., Kremer et al. (1962). *Homosexuality: a psychoanalytic study*. New York: Basic Books.
- Birk, L., Chasin, M., Rose, L. & Williams, G.H. (1973). Serum testosterone levels in homosexual men. *Journal of Medicine*.
- Blanck, R. & Blanck, G. (1968). *Marriage and Personal Development*. (pp. 289; 1236-1238). Columbia: University Press.
- Blumenfeld, D. Z., Makler, A., Hoech, Z. & Brafedel, J. (1981). *The relationship between libido of young women treated with ciprosterone acetate and blood testosterone levels*. Trabajo presentado en el V Congreso Mundial de Sexología. [Abstracts]. Jerusalem.
- Blumer, D. (1970). Hypersexual episodes in temporal lobe epilepsy. *American Journal of Psychiatry*, 126, 1099-1106.

- Blumstein, P. W. & Schwartz, P. (1976). Bisexuality in Women. *Archives of Sexual Behavior*, 5.
- Boolell, M., Allen, M. J., Ballard, S. A., Gepi-Attee, S., Muirhead, G. J., Naylor, A. M., Osterloh, I. H. et al. (1996). Sildenafil: an orally active type 5 cyclic GMP-specific phosphodiesterase inhibitor for the treatment of penile erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 8, 47-52.
- Boszormenyi-Nagy, L. & Spark, G. (1976). *Invisible Loyalties*. New York: Harpe & Row.
- Bronstein de E., & Armendares, S. (1978). Encuesta sobre el adiestramiento que, en materia de sexualidad humana, se imparte en las escuelas de Medicina de la República Mexicana. *Gaceta Médica de México*, 114 (7).
- Bugenthal, J. F. T. (1965). *The search for authenticity An existencial analytic approach to psychotherapy*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Buller, C. & Allen, M. (1972). *Introduction to humanistic psychology*. Monterey, Cal.: Brooks/Cole.
- Burnap, D. W. & Golden, J. S. (1976). Sexual problems in Medical Practice. *J. Med Educ.*, 42, 673.
- Butler, C. A. (1976). New data about female sexual response. *Journal Sex and Illarital Therapy*, 2 (40), 6.
- Butler y Lewis. (1977). *Sex Therapy*. Hagerstown, Maryland: Harper & Row.
- Carter, J. M., Tyson, J. E., Tous, G., Van Vliet, S., Faiman, C. & Friesen, H. G. (1978). Prolactin-secreting tumors and hypogonadism in 12 men. *Journal of Medicine*, 299, 847- 852.
- Cohen, H. D., Goldstein, L. & Rosen, R. C. (1976). Electroencephalographic laterality changes during human sexual orgasm. *Archives of Sexual Behavior*, 5, 189-199.
- Corey, G. (1977). *Theory and practice of Counseling and Psychotherapy*. Brooks/Cole. Monterey, Cal.: Brooks/Cole.
- Cushman, P. (1972). Sexual behavior in heroin addiction and methadone maintenance. New York State Journal of Medicine, 72, 1261-5. En D. Jehu (Ed.), *Sexual Dysfunction*. p. 29. USA: John Wiley and Sons.
- Csatari, J., Antheil, K. (1996). Men's Health (10544836), 11 (9), 36.
- Davison, K. Brierly, H. & Smith, C. (1971). A male monozygotic twinship discordant for homosexuality. *British Journal of Psychiatry*. 1 (18), 675-682.
- Delfin, L. F. (1983). Discontrol Eyaculatorio. *Perspectiva Sexológica*. Época 2. 1 (3).
- Dermerstein, L., Burrows, G. D. (1979). *Hormone replacement and sexuality in women*. Trabajo presentado en el IV Congreso Mundial de Sexología. [Abstracts]. México.
- Diaz, J. L. (1979). *Ethnopharmacology of Mexican Plants used as aphrodisiacs*. Trabajo presentado en el IV Congreso Mundial de Sexología. [Abstracts]. México.
- Dicks, H. V. (1968). *Marital Tensions*. New York: Basic Books.
- Dorner, G. (1968). Hormonal induction and prevention of female homosexuality. *Journal of Endocrinology*, 42 (3), 64.
- Dorner, G. & Hinz, G. (1968). Induction and prevention of male homosexuality by androgen. *Journal of Endocrinology*, 40, 387-388.
- Ehrlich, G. E., Alexander, S., Bernhard, G., Kaplan, H. & Roth, S. H. (1983). Helping arthritics deal with sexual difficulties. *Med Asp of Human Sexuality*.
- Ellis, A. & Harper, R. A. (1975). *A new guide to rational living*. Hollywood: Wilshire Books.
- Faerman, I., Fox, D., Glover, L., Jabzinsky, M. N. & Rapaport, M. (1974). Impotence and Diabetes: Histological studies of the anatomic nervous fibers of the corpora cavernosa in impotent diabetic males. *Diabetes* 23, 971-976.
- Falicov, C. J. (1973). Sexual Adjustment during first pregnancy and postpartum L. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 117, 991-1000.
- Feinbloom, D. H. (1976). *Transvestites and Transsexuals*. California: Delacorte Press/Seymour Lawrence. .
- Fisher, S. (1973). *The female orgasm. Psychology, Physiology, Fantasy*. London: Allen Lane.
- Frankl, V. (1959). *Man 's search for meaning*. New York: Washington Square Press.
- Friedman, R. C., Cyrenfurth L., Linkis, D., Tendler, R. & Fleiss, J. L. (1977). Hormones and sexual orientation in men. *American Journal of Psychiatry*, 34, 117-119.
- Friedman, Richard y Vande. (1974). *Sex Differences in Behavior*. New York: Wiley and Sons.
- Fromm, E. (1957). *Eticay psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fromm, E. (1971). *El lenguaje olvidado*. Argentina: Librería Hachette.
- Fromm, E. (1978). *El arte de amar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kandee-Fouad, R., Koussa, V. K. T. & Swerdloff, R. S. (2001). Male Sexual Function and Its Disorders: Physiology, Pathophysiology, Clinical Investigation, and Treatment. *Endocrine Reviews*, 22 (3), 342-388.

- Gastaut, H. & Collomb, J. (1954). Etude de comportement sexuel chez le épileptiques psychomoteurs. *Annales medico psychologiques*, 112, 657-696.
- Gebhard, P. H. & Johnson. (1979). *The Kinsey data. Marginal Tabulation of the 1938-1963. Interviews Conducted by the Institute for Sex Research*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Geboes, K., De Moor, P. & Steeno, O. (1979). Primary anejaculation: Diagnosis and Therapy. *Fertility and Sterility*, 26, 1018—1020.
- Geer, J., Greenwood, P. & Morokoff, P. (1974). Sexual arousal in women: The development of a measurement device for vaginal blood volume. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 559-564.
- Getty, C. & Shannon, A. (1969). Co-Therapy as an egalitarian relationship. *American Journal of Nursing* 69, 767-771.
- Goldstein, L., Lo Gerfo, F. N., Menoian, J. O. & Krane, R. J. (1984). Vasculogenic Impotence. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 134-144.
- Green, R. (1975). *Human Sexuality. A Health Practitioner's Text*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Green, R. (1979). Sissies and Tomboys. New York: *SIECUS report*. 3, 1-15.
- Gregersen, E. (1983). *Sexual Practices, The Story of Human Sexuality*. New York: Franklin Watts.
- Hamer, D. H., Hu, S., Magnuson, V. L., Hu, N., & Pattatucci, A. M. L. (1993). A linkage between DNA markers on the X chromosome and the male sexual orientation. *Science*, 261, 321-327.
- Hamer, D., Bocklandt, S., Horvath, S. & Vilain, E. (2006). Extreme skewing of X chromosome inactivation in mothers of homosexual men. *Human Genetics*, 118 (6), 691-694.
- Harris, T. (1969). *I'm O.K. -you're O.K* New York: Harper & Row.
- Hartman, W. & Fithian, M. (1972). *Treatment of Sexual Dysfunction*. Center for Marital and Sexual Studies. Long Beach, Calif.
- Herstein, A., Hill, R. H. & Walders, K. (1977). Adult Sexuality and Juvenile rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 4, 35-39.
- Highwater, J. (1990). *Myth and Sexuality*. New York: New American Library.
- Hinojosa, A. (1967). *Análisis psicológico del estudiante universitario*. México: Prensa Médica Mexicana.
- Honold, E. J. A. (2006). Estudio de correlación entre satisfacción sexual y asertividad sexual. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 12 (2), 199-216.
- Horney, K. (1966). *Our inner conflicts*. New York: Norton.
- Hunt, D. D. & Hampson, J. L. (1980). Follow up of 17 biologic male transsexuals after sex reassignment surgery. *American Journal of Psychiatry*, 137.
- Hunt, M. (1974). *Sexual Behavior in the 1970's*. New York: A Dell Book.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jacobson, E. (1964). *Anxiety and Tension Control*. Philadelphia: Lippincot.
- Jay, K. & Young, A. (1972). *The gay report*. New York: Summit Books.
- Jehu, D. (1979). *Sexual Disfunction. A behavioral approach to causation, assessment, and treatment*. New York: John Wiley and Sons.
- Jones, J. R. & Samymi, J. (1973). Plasma testosterone levels and female transsexualism. *Archives of SexualBehavior*, 2, 251-256
- Jung, C. G., Von Franz, M. L., Henderson, J. L., Jacobi, J. & Jaffré, A. (1966). *El hombre y sus símbolos*. España: Aguilar.
- Jung, C. (1933). *Modern man in search of a soul*. New York: Harcourt.
- Kallman, M. (1952). Comparative twin study of the genetics aspects of male homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 115, 282.
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy*. New York: Bruner/Mazel Publication in cooperation with Quadrangle/The New York Times Book Co.
- Kaplan, H. S. (1975). *The illustrated manual of sex therapy*. New York: A and W. Visual Library.
- Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of sexual desire*. New York: Bruner/Mazel.
- Karlsson, G. (1964). Sexuella vanor ochattyder bland folkhosgskleever. *Sociologisk Forsking*, 105,55
- Kaufman, J. M., Rosen, R. C., Mudumbi, R. V., Tesfaye, F., Hashmonay, R., Rivas, D. (2009). Treatment benefit of *dapoxetine* for premature ejaculation: results from a placebo-controlled phase III trial. *Ful-BJU International*, 103 (5), 651-658.
- Kinsey, Pomeroy & Martin. (1948). *Sexual Behavior in the human male*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

- Kinsey, Pomeroy, Martin y Gebhard. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Klausner, S. Z. (1976). *Inferential visibdity and sex norms in the Middle East*. New York: Lieberman, Bernhardt, p. 300.
- Kolb, L. C. & Johnson, A. M. (1955). The Psychoanalytic Quarterly [Psychoanal Q], 24 (4), 506-15.
- Klein, F. (1978). The bisexual option. New York: Arbor House.
- Klein, F. (1993) The bisexual option. Second edition. Howarth Press, NY, E.U.A.
- Kockott, G., Dittman, F. & Nusselt, L. (1975). Sistematic Desensitization of erectile impotence. A controlled study. *Archives of sexual behavior*, 4.
- Kohlenberg, R. J. (1974). Directed masturbation and the treatment of primary orgasmic days function. *Archives of sexual behavior*. 3.
- Kolodny, R. C. (1978). *Antihypertensive drugs and male sexual function*. Presented at the Eleventh National Sex Institute. Washington, D.C.
- Kolodny, R. C. (1978). Effects of alpha-methyldopa on male sexual function. *Sexuality and Disability*, 1, 223—228.
- Kolodny, R. C., Jacobs, L. S., Masters, W. H., Toro, G. & Danghaday, W. H. (1972). Plasma gonadotropins and prolactin in male homosexuals. *Lancet*, 2, 18-20.
- Kolodny, R. C., Hendryx, J., Masters, W. H. & Toro, G. (1973). Plasma testosterone and semen analysis in males homosexuals. *New England of Medicine*, 285, 1236—1238.
- Kolodny, R. C., Masters, W. H., Johnson, V. E. (1979). *Textbook of sexual medicine*. Boston: Little Brown and Co.
- Kosniek, A. (1982). Sexual difficulties in diabetic women. *Medical aspects of human sexuality*.
- Kotin, J., Wilbert, D. E., Versburg, D. & Soldinger, S. M. (1976). Thioridazine and sexual disfunction. *American Journal of Psychiatry*, 133.
- Krupp, M. A. & Chatton, M. J. (1979). *Diagnóstico clínico y tratamiento*. México: El Manual Moderno.
- Ladas, A. K., Perry, J. D. & Whipple, B. (1983). *El punto G*. México: Grijalbo.
- Ladas, A. K., Whipple, B., Perry, J. D. (2005). *The G Spot and Other Discoveries about Human Sexuality*. New York, NY: Holt.
- Larsson, K. (1972). *Hormones and sexual function*. Trabajo presentado en el IV Congreso Mundial de Sexología. [Abstracts]. México.
- Leiblum, S. R. & Pervin, L. A. (1973). *Principles and Practice of Sex Therapy*. En N. B. Guilford Levy (Ed.), Sexual adjustment to maintenance hemodialysis and renal transplantation. Transactions. *American Society for Artzficial Intemal Organs*, 19, 138—143.
- Lidberg, L., Euroth, P., Werner, S. (1979). *Hiperprolactinemia and impotence*. Trabajo presentado en el IV Congreso Mundial de Sexología. [Abstracts]. México.
- Lief, H. L. (1975). *Medical Aspects of Human Sexuality*. Baltimore: The Williams and Wilkins Co.
- Lief, H. I. (1977). Inhibited sexual desire. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 11 (7), 94-95.
- Lief, H. L. & Karlen. (1976). *Sex Education in Medicine*. New York: Spectrum Publications, Inc. Lizárraga, X. (1980). Hetero/homosexualidad, una modificación de la tabla de Kinsey. México: *Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*, 1, (1).
- Lobitz, W. S. & Lobitz, G. K. (1978). Clinical Assessment in the treatment of sexual dysfunction. En J. L. Piccolo (Ed.), *Handbook of Sexual Therapy*. New York: Plenum Press.
- Lo Piccolo, J. L. & Lo Piccolo. (1979). *Handbook of Sex Therapy*. New York: Plenum Press.
- Malinowski, B. (1971). *La vida sexual de los salvajes del noreste de Melanesia*. Madrid: Morata.
- Malloy, T. R. & Voneschenback, A. C. (1977). Surgical treatment of erectile impotence with inflatable penile prothesis. *Journal of Urology*, 118, 49-51.
- Margolese, M. S. (1970). Homosexuality: A new endocrine correlate. *Hormones and Behavior*, 1, 151-155.
- Margolese, M. S. & Laniger, D. (1971). Androsterone/etiocholanone ratios in male homosexuals. *British Medical Journal*, 3, 207—210.
- Marmor, J. & Green, R. (1978). Homosexual behavior. En J. Money & H. Musaph. *Handbook of Sexology*. New York: Elsevier.
- Maslow, A. *Toward a Psychology of being*. Van Nostrand. New York (1968).
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little Brown and Co.
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1978). *Incompatibilidad Sexual Humana*. Buenos Aires: Intermédica.

- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1979). *Homosexuality in Perspective*. Boston: Little Brown and Co.
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1981). Sex and the Aging Process. *Journal of the American Geriatrics Society*, XXIX (9).
- May, R. (1961). *Existential psychology*. New York: Random House.
- May, R. (1953). *Man's search forhimself*. New York: Signet.
- McCarthy, B. W. (2004). An Integrative Cognitive-Behavioral Approach to Understanding, Assessing, and Treating Female Sexual Dysfunction. *Journal of Family Psychotherapy*, 15 (3).
- McCabe, M. (2001). Evaluation of a Cognitive Behavior Therapy Program for People with Sexual Dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 259—271.
- McGovern, K. B., Lo Piccolo L. & Stewart, R. C. (1975). Secondary orgasmic dysfunction. *Archives of sexual behavior* 4.
- McMahon, C., Kim, Woong, Nam, Rivas, D., Tesfaye, Rothman,, Aquilina, J. (2010). Treatment of Premature Ejaculation in the Asia-Pacific Region: Results from a Phase III Double-blind, Parallel-group Study of Dapoxetine. *Journal of Sexual Medicine*.
- Mead, M. (1973). *Sexo y temperamento en las Sociedades Primitivas*. Barcelona: Laia.
- Meyer, J. K. (1976). *Clinical Management of Sexual Disorders*. Baltimore: The William and Wilkins Co.
- Meyer, J. K. & Reter, D. J. (1979). Sex reassignment. Follow up. *Archives General Psychiatry*, 15, 45.
- Migeon, C. L., Rivarcla, M. A. & Forest, M. G. (1969). Studies of Androgens in Male Transsexual subjects: Effects of Estrogen Therapy. En R. Green & J. Money (Eds.). *Transsexualism and Sex Reassignment*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Millan, A. P. & Álvarez-Gayou J. L. (2004). Sexualidad adolescente y educación. ¿Beneficio o desventaja? *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, X (1).
- Millan, A. P. & Álvarez-Gayou J.L. (2008). Validación de una escala para medir actitudes ante la sexualidad de otros y propia. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, XIV, (2).
- Morley, John, E. (1983). Systemic Disorders that produce dysfunction. *Medical Aspects of HumanSexuality*, 187, 196.
- Morris, D. (2005). *La mujer desnuda*. México: Ed. Planeta.
- Nijman, J. M., Kremer, J., Jager, S., Schrafford y Kolops, H., Boer, P. W. & Oldhoff, J. *Treatment of ejaculation disorder following retroperitoneal lymphadenectomy* Trabajo presentado en el V Congreso Mundial de Sexología. [Abstracts]. Jerusalem.
- OMS. (1975). *Instrucción y Asistencia en Cuestiones de Sexualidad Humana: Formación de Profesionales de la Salud*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- Papadopoulos, C., Beaumont, R. N., Larrinore, P. & Shelley, S. (1981). *Sexuality of the female coronary patient*. Trabajo presentado en el IV Congreso Mundial de Sexología. [Abstracts]. Jerusalem.
- Pauly, I. B. (1974). Female transsexualism. Part 1. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 487—507.
- Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *Anst. N.Z. Journal of Psychiatry*, 15, 45.
- Penfield, W. & Jasper, H. (1954). *Epilepsy and the functional anatomy of the human brain*. (pp. 393-413). Boston: Little Brown and Co.
- Pérez de Francisco, C. & Pucheu, R. (1971). El Programa de la Salud Mental, Facultad de Medicina de México. *Aspectos psiquiátricos y Psicológicos. Primeros resultados*. Salud Pública de México. Época V. XIII (4).
- Perls, F. (1976). *Dentro y fuera del tarro de la basura*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F. (1976). *El enfoque gestálhco. Testimonios de Terapia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Perry, J. D., & Whipple, B. (1981). Pelvic muscle strength of female ejaculators: evidence in support of a new theory of orgasm. *J Sex Res* 17, 22-39.
- Pinderhages, C. A., Grace, E. B. & Reyna, L. L. (1972). Psychiatric disorders and sexual functioning. *AmericanJournal of Psychiatry*, 128, 1276—1283.
- Pirooz-Sholevar, G. (1981). *The Handbook of Marriage and Marital Therapy*. New York: SP Medical Scientific Books.
- Racchi, O., Mangerini, R., Rapezzi, D., Rolfo, M., Gaetani, G. F., Ferraris, A. M. (1998). X Chromosome Inactivation Patterns in Normal Females. *Blood Cells, Molecules, and Diseases*, 24 (21), 439-447.
- Rajfer, J., Aronson, W. J., Bush, P. A., Dorey, F. J., Ignarro, L. J. (1992). Nitric oxide as a mediator of relaxation of the corpus cavernosum in response to nonadrenergic, noncholinergic neurotransmission. *N Engl J Med*, 326. 90—94.

- Ranier, J. C., Meshikoff, A., Kolb, L. C. & Carr, A. (1960). Homosexuality in identical twins. *Psychosomatic medicine*, 22, 251—259.
- Robbins, M. & Lensen, R. (1978). Multiple Orgasms in Males. *Journal of Sex Research*, 14 (I).
- Rogers, C. (1980). *El Poder de la Persona*. México: El Manual Moderno.
- Ronnan, H. J. (1981). *The psychosexual effects of ciproterone acetate on non-imprisoned sexual offenders*. Trabajo presentado en el V Congreso Mundial de Sexología. [Abstracts]. Jerusalem.
- Roznoy, M. S. (1976). Taking a Sexual History. *American Journal of Nursing*, 76 (8), 1179.
- Russell, B. (1948). *Human Knowledge. Its Scope and limits*. New York: Simon and Schuster.
- Russell, B. (1963). *Skeptical Essays*. London: Unwin Books.
- Sager, J. (1976). *Marriage Contracts and Couple Therapy*. New York: Brunner Mazel.
- Sánchez, D. (1984). La Técnica de la Sexoterapia. *Perspectiva Sexológica*. Época 11. I (9).
- Schofield, M. (1972). *El Comportamiento Sexual de los Jóvenes*. Barcelona: Fontanella.
- Schuster, K. (1976). Operating room protocol in implantation of the inflatable penile prosthesis. *Mayo Clinic Proceedings*, 51, 339—340.
- Schwenkhaugen, A. & Studd, J. (2009). Role of Testosterone in the treatment of hypoactive sexual desire disorders. *Maturitas*, 63 (2), 152-159.
- Scott, F. B., Bradley, W. E. & Timm, G. W. (1973). Management of erectil impotence: Use of implantable-inflatableprosthesis. *Urology*, 2, 80-82.
- Seagraves, R. T. (2008). Management of Hypoactive Sexual Desire disorder. *Adv Psychosom Med* 29, 23-32.
- Semans, I. H. (1956). Premature Ejaculation: an new approach. *Southern Medical Journal*, 49, 353.
- Seyler, L. Jr., Canalis, E., Reichilin, S. & Spare, S. (1978). Abnormal gonadotropin secretory responses to LRH in transexual women after diethylstilbestrol priming. *Journal of Clinical Endocrinology and metabolism*, 47, 176—183.
- Siegleman, M. (1974). Parental background of male homosexuals and heterosexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 3—18.
- Skinner, B. F. (1976). *About Behaviorism*. New York: Vintage Books a Division of Random House.
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond Freedom and Dignity*. Indianapolis, Ind.: Hackett Publishing Company.
- Simon, P. (1972). *Rapport Simon sur le Comportement des Francais*. París: Pierre Charron.
- Singh, J., Singh, S., Singh, A. & Malhotra, R. P. (1970). Sex life and psychiatric problems after miocardial infarction. *Journal of the Association of Physicians of India*, 18, 503-507.
- Singh, G. MM, (1982). Postinfarction sexual activity. Citation Only Available Journal Of The Indian Medical Association. *J Indian Med Assoc*, 79 (4), 45-8.
- Sipová, L. & Starká, L. (1977). Plasma testosterone values in transexual women. *Archives of Sexual Behaviour*, 6, 477-481.
- Small, M. P. (1978). The Small-Carrion penile prosthesis: surgical implant for the management of impotence. *Sexuality and Disability*, 1, 282—291.
- Stark, R. (1980). *The book of aphrodisiacs*. New York: Stein and Day.
- Starká, L., Sipová, I. & Mynie, J. (1985). Plasma testosterone in male transexuals and homosexuals. *Journal of Sex Research*, 11, 134-138.
- Steele, T. E. & Finkelstein, F. O. (1976). Hemodialysis patients and spouses. Marital discord, sexual problems and depression. *J. of Nervous and Mental Disease*, 162, 225-235.
- Stewart, B. H. & Bergant, J. A. (1974). Correction of retrograde ejaculation by simpatichomimetic medication: Preliminary report. *Fertility and Sterility*, 26, 1073-1074.
- Story, N. L. (1974). Sexual dysfunction resulting from drug side effects. *Journal of Sex Research*, 10 (2), 132-149.
- Sullivan, H. S. (1964). *La esquizofrenia como un proceso humano*. México: Herrero Hnos.
- Sullivan, H. S. (1968). *La fusión de la psiquiatría y las ciencias sociales*. Buenos Aires, Argentina: Psique.
- Sweet, R. A., Schrott, H. G., Kurland, R. & Culp, O. S. (1974). Study of the incidence of hypospadias in Rochester, Minnesota, 1940-1970, and a case control comparison of possible etiologic factors. *Mayo Clinic Proceedings*, 49, 52—58.
- Tennov, D. (1981). *Love and Limerence*. New York: Scarborough, Steint Day.
- Tullman, A. (1971). *Vida Amorosa de los Pueblos Naturales*. Circulo de Lectores. Barcelona, España.
- Turkington, R. W. (1972). Prolactin secretion in patients treated with various drugs. Phenotiazines, tricyclic antidepressants, reserpine and methyldopa. *Archives of Internal Medicine* 130, 349—354.

- Turner, W. (1995). Homosexuality, type I: an Xq28 phenomenon. *Archives Of Sexual Behavior*, 24 (2).
- Tuttle, W. B., Cook, W. L. & Fitch, E. (1964). Sexual behavior in postmyocardial infarction patients. *American Journal of Cardiology*, 13, 140—153.
- Uddenberg, N. (1974). Psychological aspects of sexual inadequacy in women. *Journal of Psychosomatic research*, 18, 33—47.
- Ueno, M. (1969). The so-called coition death. *Japanese Journal of Legal Medicine*, 17, 333-340.
- Van Thiel, D. H., Gavalen, J. S., Robin, B. S. & Smith, W. L. (1977). Testicular and spermatozoal antibody in chronic alcoholic males with gonadal failure. *Clinical Immunology and immunopathology*, 8, 311—317.
- Van Thiel, D. H., Gavalen, J. S., Smith, N. J. Jr. & Paul, G. (1979). Hypothalamic-pituitary gonadal dysfunction in men using cimetidine. *New England Journal of Medicine*, 300, 1012—1015.
- Virag, R. & Zwang, G. (1979). *Surgical treatment of vascular impotency*. Trabajo presentado en el IV Congreso Mundial de Sexología. [Abstracts]. México.
- Wallace, D. N. & Barbach, L. G. (1974). Preorgasmic group treatment. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1.
- Watzlawick, P., Brown y Lackson, D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: Norton.
- Weeks, G. R. (2005). The emergence of a new paradigm in sex therapy: integration. *Sexual and Relationship Therapy*, 20 (1).
- Weinberg, M. & Williams, C. (1974). *Male Homosexuals*. New York: Oxford University Press.
- Weinstein, L. (1971). Guidelines on the choice of a cotherapist. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 8, 301—3.
- Wilson, G. T. & Lawson, D. M. (1976). Expectancies, alcohol and sexual arousal in male social drinkers. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 587-594.
- Wilson, G. T. Alcohol and human sexual behaviour. *Behaviour, Research and Therapy*, 15, 239-52.
- Wilson, J. S. P. (1973). Diphallus. En C. E. Horton (Ed.), *Plastic and reconstructive surgery of the genital area* (pp. 163-164). Boston: Little Brown and Co.
- Winokur, G., Guze, S. B. & Pfeiffer, E. (1959). Developmental and sexual factors in women. A comparison between control, neurotic and psychotic groups. *Amer J Psychiatry*, 115, 1097-1100.
- Wise, T. & Dubkin, C. (1983). Evaluation and Treatment of Gender disorders. En J. Meyer, C. Schmidt, T. Wise (Eds.), *Clinical Management of Sexual Disorders* (2nd ed.) Baltimore/London: Williams and Wilkins.
- Wolf, Ch. (1977). *Bisexuality. A Study*. London: Quartet Books.
- Wolfe, M. M. (1979). Impotence cimetidine treatment (letter). *New England Journal of Medicine*, 300, 94.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behaviour therapy*. New York: Pergamon Press.
- Wolpe, J. & Lazarus, A. (1969). *Behaviour therapy techniques*. New York: Pergamon Press.
- Woods, N. F. (1975). *Human Sexuality in Health and Illness*. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Yulis, S. (1976). Generalization of therapeutic gain in the treatment of premature ejaculation. *Behaviour Therapy*, 7.

Lecturas recomendadas

- Álvarez-Gayou, J. L. (2004). *Cómo hacer Investigación Cualitativa*. México: Ed. Paidós.
- Álvarez-Gayou, J. L. & Millán, A. P. (2009). *Homosexualidad, bisexualidad, travestismo, transgeneridad, transexualidad: derrumbe de mitos y falacias*. México: Ediciones del Instituto Mexicano de Sexología.
- Cooper, D. (1978). *La Gramática de la Vida*. Barcelona: Ariel.
- Cooper, D. (1967). *Psychiatry and Anti-psychiatry*. New York: Ballantine.
- Dyer, W. W. (1979). *Tus zonas erróneas*. México: Grijalbo.
- Dyer, W. W. & Vriend, J. (1979). *Técnicas efectivas de asesoramiento psicológico*. México: Grijalbo.
- Freud, S. (1972). *Ensayos sobre la vida sexual y la teoría de las neurosis*. Madrid: Alianza Editorial.
- Freud, S., Jung, C. G., Reich, W., Reiche, R., Beauvoir, S., Marcuse, H., Bataille, G. et al. (1976). *De la sexualidad al erotismo*. Buenos Aires, Argentina: Locus Hypocampus.
- Freud, S. (1967). *Psicopatología de la vida cotidiana*. Madrid: Alianza Editorial.
- Freud, S. (1968). *Tótem y Tabú*. Madrid: Alianza Editorial.
- Freud, S. (1971). *La interpretación de los sueños*. Madrid: Alianza Editorial.
- Freud, S. (1949). *An outline of psychoanalysis*. New York: Norton.
- Masters, W., Johnson, V. E. & Kolodny, R. C. (1977). *Ethical Issues in Sextherapy and Research*. Boston: Little Brown and Co.
- Masters, W. & Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little Brown and Co.
- Masters, W. H., Johnson, V. E. & Levin, R. J. (1974). *The Pleasure Bond*. Toronto: Bantam Books.
- Meignant, M. (1977). *Je T'aime. L'Amour Therapie*. Tomo I y II. Paris: Buchet/Chastel.
- Millan, A. P. & Álvarez-Gayou J. L. (2010). *Te Celo porque te quiero. Los celos nacen del amor pero lo matan*. México: Paidós.
- Millet, K. (1975). *Política Sexual*. México: Aguilar.
- Millon, T. (1975). *Medical Behavioral Science*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Millon, T. (1974). *Psicopatología y Personalidad*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Money, J. & Musaph, H. (1978). *Handbook of Sexology*. New York: Elsevier.
- Money, J. & Ehrhardt, A. (1977). *Man and Woman, Boy and Girl*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

- Money, J. (1968). *Sex Error of the Body*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Offit, Avodah. (1979). *El yo sexual*. Colección Relaciones Humanas y sexología. Barcelona: Grijalbo.
- Oliven, J. F. (1974). *Clinical Sexuality*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company. Peterson & Payne. (1975).
Love in the Later Years. New York: Association Press.
- Reich, W. *Sexualidad: libertad o represión*. Colección 70, No. 111. Grijalbo. México (1976).
- Rogers, C. *On encountergroups*. Harper and Row. New York (1970).
- Rogers, C. *Client centered Therapy in Freedman/Kaplan*. Textbook of Psychiatry. Williams and Williams Co. Baltimore (1967).
- Russell, B. *La Perspectiva Científica*. Ariel Barcelona (1974).
- Russell, B. *Matrimonio y Moral*. Ediciones Siglo Veinte. Buenos Aires (1969).
- Russell, B. *Philosophical Essays*. George Allen and Unwin Ltd. London (1966).
- Saghir, M. y Robins, E. *Male and Female Homosexuality*. The Williams and Wilkins Co. Baltimore (1973).
- Sandler, M. y Gress, G.L. *Sexual Behavior: Pharmacology and Biochemistry*. Raven Press. New York (1975).
- S.I.E.C.U.S. *La Nueva Sexualidad*. Granica Editores, Buenos Aires (1971).
- Skinner, B.F. *Beyond ~reedom and Dignity*. Bantam/Vintage, Toronto (1972).
- Skinner, B.F. *Science and Human Behavior*. Free Press. New York (1953).
- Skinner, B.J. *Tecnología de la enseñanza*. Labor. México (1970).
- Szasz, T.S. *The Myth of Mental Illness*. Dell Publishing Co, Inc. New York (1961).
- Tripp, C.A. *La Cuestión Homosexual*. EDAF. Madrid (1978).
- Wolberg, L. *The technique of Psychotherapy*. Grune & Stratton. New York (1967).

Índice

NOTA: Los números de página en **negritas** indican tablas y en *cursivas* corresponden a figuras.

A

Aberraciones, 31, 32
Acartonamiento vaginal, 105
Acetilcolina, 57
Actitudes de aceptación, 16
Actualización, 110, 113
Adler, Alfred, 194
Adolescencia, 143
Afrodisiacos, 228
Agenesia
 del pene, 128
 vaginal, 128
Agresión o violencia, 153
Ahora, existe el, 204
Alcoholismo, 124
Alucinaciones, 133
American Psychiatric Association, 97
Amor romántico, 89
Análisis
 comportamental o conductual, 218
 transaccional, 208
Andrógenos, 228
Anorgasmia, 9, 60, 65, 80, 242
 fisiológica, 78
 psicológica o subjetiva, 227

Anorquia, 231
Ansiedad
 básica o fundamental, 194
 como causa de disfunciones, 92
 como inherente a la vida, 200
 en la relación de pareja, 114
 existencial, 197
 y rechazo, 116
Antiandrógenos, 77, 229
Anticolinérgicos, 77
Apariencia general, 132
Apatía
 sexual, 63, 66
 y disritmia, 76
Aprendizaje
 cognitivo, 103, 104
 discriminativo, 104
 por observación, 103, 104
 procesos de, 103
Área
 familiar, 113
 nuestra exclusiva, 113
 sociooperativa, 113
Área de la pareja, 120
 antecedentes de la dinámica de pareja, 148

Área medicoquirúrgica, 119, 120
 antecedentes
 heredofamiliares, 121
 antecedentes personales no patológicos, 121
 antecedentes personales patológicos, 123
 aparato digestivo, 124
 aparato musculoesquelético, 127
 aparato respiratorio, 124
 estudios de laboratorio y gabinete, 128
 exploración física, 127
 historia clínica médica, 120
 inspección general, 127
 interrogatorio por aparatos y sistemas, 123
 órganos sexuales pélvicos, 126
 padecimiento actual, 123
 sistema cardiovascular, 124
 sistema endocrino, 125
 sistema hematopoyético, 127
 sistema nervioso, 126
Área psíquica, 120, 129

- actitudes ante la sexualidad, 136
- antecedentes psíquicos o biográficos, 130
- asertividad sexual, 136
- expresiógrama, 137
- inventario de satisfacción sexual, 136
- pletismógrafo, 137
- prueba de la curva de respuesta sexual humana, 136
- pruebas psicológicas individuales, 134
- pruebas sexológicas específicas, 135
- Área sexológica, 120, 138
- ambiente, 138
- antecedentes sexuales, 142
- comunicación, 139
- historia clínica sexual, 140
- infancia, 142
- primer recuerdo erótico, 142
- requerimientos, 138
- respeto, 140
- Asertividad sexual, 136
- “Asignatura pendiente”, 205
- Asimilación, 83
- Asociación libre, 196
- “Asunto no terminado”, 205
- Ataque sexual, 102
- Atracción
- afectiva, 108, 110
- nivel de, 219
- física, 108, 110
- intelectual, 108, 110
- Autenticidad, 203
- Autoconocimiento, 198
- Autorrealización, lucha por la, 201
- B**
- Barbitúricos, 76
- Básicamente
- heterosexual (BHT), 21
- homosexual (BHM), 21
- Biorretroalimentación (*biofeedback*), 179
- Bisexualidad, 19, 27
- causas de, 28
- estudios respecto a la, 28
- Bondage*, 37, 39
- Búsqueda
- de un significado, 200
- del poder, 194
- Butirofenonas, 76
- C**
- Calificación personal y profesional, 158
- Capacidad
- de retentiva, 134
- para contar y hacer cálculos, 134
- Carácter, 83
- Caricias y reconocimiento corporal, 181, 245
- de órganos sexuales, 183
- Carúnculo uretral, 126
- Castigo, 174
- Ciproterona, acetato de, 77, 229
- Círculo vicioso, 93
- Cirrosis micronodular, 124
- Cirugía y sexualidad, 79
- Cirujano plástico, 231
- Climaterio masculino, 105
- Clitoris y vagina, 61
- Clonidina, 76
- Clordiacepóxido, 77
- Coito premarital, 11
- Coitus reservatus*, 75
- Compensación como mecanismo de defensa, 91
- Comportamiento
- femenino, 29
- masculino, 29
- motor, 132
- sexual, 16
- en homosexuales, estudios sobre, 25
- Compulsiones, 133
- Comunicación, 110, 138, 219
- medios de, 100
- mejorar la, 153
- reglas de, 113
- Condicionamiento
- clásico, 173, 178
- evasivo activo, 104
- evasivo pasivo, 103, 104
- instrumental, 174
- negativo o aversivo, 103
- operante, 173, 174, 177
- Conducta operante, 177
- Conflicto, 93
- Congruencia, 203
- Conocimientos generales del consultante, 134
- Consciencia de la muerte y del no ser, 201
- Consciente, 82
- Contaminación y exclusión, 210
- Contenido del pensamiento, 132
- Continuo hetero, bi y homosexual de Kinsey, 20
- Contrato
- fuera de la consciencia, 216
- nivel secreto, 216
- nivel verbalizado, 216
- Conversión como mecanismo de defensa, 91
- Coprofilia, 41
- Cromosoma X, inactivación extrema del, 23
- Culpa, 93, 222
- Curva
- de distribución de frecuencias, 13
- de Gauss-Laplace, 13
- D**
- Daño cerebral, 135
- Decisión conjunta, establecer niveles de, 153
- Depresión, 98
- Desensibilización
- en vivo, 176
- sistemática, 174
- Deseo sexual
- alteraciones del, 63
- aumentado, 98
- hipoactivo, 66
- inhibido, 66
- Desviaciones, 31, 32
- Diabetes mellitus, 125
- y función sexual, 233
- Diacepam, 77
- Diada
- circunstancia de la, 115
- modificaciones en la respuesta sexual de cada componente de la, 153
- Diálogo, 205
- Dicción, 132

- Diferenciación masculina, 4
 Dimensión génica, 4
 Discordancia de la identidad
 sexo-genérica, 27
 Disfunciones, 144
 ansiedad como causa de, 92
 carácter de la personalidad
 como causa de las, 81
 de la fase de estímulo sexual
 efectivo, 74
 de la fase vasocongestiva, 74
 de la segunda fase (meseta),
 74
 fisiológicas, 66
 mecanismos de defensa en
 las causas de las, 88
 prevalencia de las, 66
 primarias, 65
 problema biológico, 152
 secundarias, 65
 selectivas, 66
 subjetivas, 66
 Disfunciones sexuales, 8
 causas biológicas, 71, 72
 causas naturales, 72
 causas originadas por
 problemas en la pareja,
 107
 causas patológicas, 73
 causas psicológicas, 71, 81
 causas sociales y educativas,
 71, 99
 clasificación de las, 63
 clasificación fisiológica de
 las, 64
 diagnóstico de las, 119
 economía como causa de,
 101
 educación y, 99
 factores similares como causa
 de, 104
 problemas en las relaciones
 de pareja como causa de,
 71
 Disociación ideoafectiva, 132
 Dispareunia, 65, 75, 79, 80
 por hipolubricación, 73
 Disposición de los consultantes,
 159
 Disritmia, 66
 sexual, 63, 66
 Diuréticos, 77
- Dolor
 abdominal, 65
 perineal, 126
 L-Dopa, 77
 Drogas y sexualidad, 76
- E**
- Economía como causa de
 disfunciones sexuales, 101
 Educación
 como causa de disfunciones
 sexuales, 99
 en el proceso terapéutico,
 167
 restrictiva y negadora, 100
 Ego o yo, 82
 Ejercicio(s)
 musculares vaginales, 179
 profesional en terapia sexual,
 241
 El mago Mandrake, 224
 Embarazo, sexualidad durante
 el, 73
 Empatía, 110, 139, 204, 221
 incrementar la, 153
 y respeto, 138
 Enfermedad
 mental, 15
 oclusiva crónica, 124
 sexual, 15
 Enojo
 minimizar el, 153
 o disgusto en la relación de
 pareja, 114
 Entrenamiento asertivo, 177
 Entrevistado, 132
 actitud y relación del, 132
 arreglo del, 132
 Equifinalidad, 217, 218
 Erecciones, 56
 demasiado firmes, 63
 Escptofilia, 35, 40
 Espironolactona, 76, 77
 Espontaneidad, 132
 Esquema de atención para el no
 especialista, 245
 Estado mental, valoración del,
 131
 Estilo de vida, 194
 Estimulación sexual
 inadecuada, 116
 Estímulos
 condicionados, 174
 incondicionados, 174
 psicogénicos, 54
 exteroceptivos, 54
 interoceptivos, 54
 reflexogénicos, 54
 exteroceptivos, 54
 interoceptivos, 54
 sexuales efectivos (ESE),
 32, 55, 56, 146
 Estrategia terapéutica útil y
 aplicable, 245
 Estrógenos, 76, 77
 Exageración, 206
 Excitación, 53, 56, 146
 sexual, 8
 y meseta, 63
 Exhibicionismo, 35
 Experiencias
 que influyen sobre la fase de
 meseta, 185
 que influyen en la fase de
 orgasmo, 187
 sexuales estructuradas, 180
 sexuales negativas, 102
 Expresiógrama, 48, 49, 137
 Expresión
 asentuada (EA), 34
 egodistónica, 33
 eroticosexual,
 a nivel fantasía (EESF), 34
 exclusiva (EESF), 34
 mínima (EESM), 34
 predominante (EESPR),
 34
 preferida (EESP), 34
 gráfica de la sexualidad, 180
 mínima (EM), 34
 verbal, 225
 Expresiones comportamentales,
 31, 48
 aspectos generales, 31
 de la sexualidad, 32
 continuo de las, 33
 en mujeres, 50
 prevalencia de, 51
 en varones, 50
 prevalencia de, 51
 gráfica de, 50
 Extinción, 174, 177
 Eyaculación
 con erección, 184

nocturna, 100
precoz,
9, 65, 74, 79, 186, 242
retrógrada, 75, 79, 80, 229

F

Facilidad de palabra, 132
Factibilidad terapéutica,
evaluación de la, 157
Factores biológicos
iatrogénicos, 71
naturales, 71
patológicos, 71
Fantasías, 178
Fármacos
erectógenos, 57
y sexualidad, 76
Fase
de estímulo sexual efectivo
(ESE), 63
decremento de la, 63
de estímulo sexual eficaz,
144
de excitación, 63
de la respuesta sexual
afectada, 152
de resolución, 65
mioclónica, 63, 65, 145
previa al proceso terapéutico,
151
refractaria, 62, 63
vasocongestiva, 63, 65, 144
Fellatio, 186
Fenotiacinas, 76
Fetichismo, 34
Fibras
adrenérgicas
(vasoconstrictoras), 55
colinérgicas
(vasodilatadoras), 55
Fidelidad, 26
Fimosis, 75
Flooding, 176
Fobias, 133
Fobofilia, 41
Foco sensorial (*sensate focus*),
181
Forma de caminar, el porte y la
postura, 132
Formación recreativa, 90
Formatos terapéuticos, 164
Fórmula cromosómica, 4

Fosfodiesterasa (PDE), 57
Frigidez, 65, 79
Fromm, Erich, 195
Frotismo, 42
Frustración, 92
y resentimiento, 115
Fundamentalmente
heterosexual (FHHT), 21, 28
homosexual (FHM), 21, 28

G

Galicismo, 31
Gemelos monocigóticos, 23
Género, 5
estereotipos de, 5
identidad de, 5
rol o papel de, 5
violencia de, 11
Gerontofilia, 36
Glándulas sexuales, 125
Gónadas, 125
Grafolia, 42
Guanilato, 57

H

Habla, análisis del, 132
Heterosexualidad, 19, 30
Hidralacina, 76
Hipersexualidad, 98
Hipertiroidismo, 126
Hipnosis, 179
Hipelubricación,
63, 66, 77, 79, 184
dispareunia por, 73
Hipoplasia vaginal, 128
Historia familiar, 131
Homosexuales, estudios sobre
comportamiento sexual
en, 25
Homosexualidad, 19
aspectos generales, 19
teorías sobre el origen de
la, 23
Horney, Karen, 194

I

Iatrogenia y sexualidad, 76
Iconofilia, 42
Iconografía, 42
Id o ello, 82
Ideas
de persecución, 133

megalomaniacas, 133
Identificación como mecanismo
de defensa, 90
Incompetencia
eréctil, 63, 77, 79, 184, 242
primaria, 242
secundaria, 66, 242
eyaculatoria, 63, 78, 80
o retardada, 185, 242
Inconsciente, 82
Independencia
aumentar la, 153
y respeto, 110
Individualidad y de otros,
necesidad de, 199
Individualización, incapacidad
para lograr el proceso de,
109
Infarto del miocardio y
sexualidad, 231
Inferioridad, 194
básica, 194
Información sexual, 143
Insuficiencia renal crónica, 126
Intercambio de pareja, 43
Interpretación, 196
de sueños, 196
Interrupción Legal del
Embarazo (ILE), 11
Introyección, mecanismo de,
205
Inversión, 206

J

Juegos eróticos compartidos,
143

L

La belle indifférence, 91
Lazo simbiótico, 109
Lealtad, modelo de sistemas
familiares de, 217
Lenguaje, 139
corporal, 139
no verbal, 222
tipo de, 132
Libertad y responsabilidad, 199
Libido, baja en la, 66
Limeranza, 223
estado de, 108, 224
Logofilia, 42

Los tres mundos, 111
en equilibrio, 113
Lubricación
aumentar la, 156
exceso de, 63
vaginal, 57
Lucha
de poder, 116
por la autorrealización, 201

M

Manerismos y expresiones, 46
Maniobra del puente, 185
Marihuana, 122
Marimacho, 29
Masoquismo, 36
Masters & Johnson Institute, 7
Masturbación, 16, 100, 143
Materiales sexuales explícitos, 180
Maternidad, 89
Matrimonio como institución, expectativas del, 216, 223
Mecanismos de defensa, 134
Medicina Ciudad Universitaria (MCU), 135
Medroxiprogesterona, acetato de, 77, 229
Memoria
reciente, 134
remota, 134
Meseta, 53, 58, 63
experiencias que influyen sobre la fase de, 185
incrementar la, 156
incrementar la duración de la fase de, 153
Metas, lista mínima de, 155
Metas terapéuticas, determinación de las, 151
esquema para el análisis y, 153, 154
nivel de la pareja, 153
nivel individual, 151
selección de las estrategias terapéuticas, 155
 α -metildopa, 76
Métodos terapéuticos, 163
Metoprolol, 77
Metrosexuales, 236
Mexicanismo, 31

Microfalo, 231
Modelamiento, 178
y uso de prendas, 174
Modelo
de la preferencia de género de Álvarez-Gayou, 22
de la relajación objetal de Dicks, 216
de pareja monogámico exclusivo, 226
de Sager, 215
de sistemas familiares de lealtad, 217
de terapia cognitivo-conductual, 211
humanístico-existencial, 197
psicoanalítico, 192

Moldeamiento, 177
Mongolismo, 31
Monoaminoxidasa, inhibidores de la (IMAO), 78
Motivo de la consulta, 130
Mujeres anorgásmicas, 242
Multiorgasmia, 65
Mundo
aislante, 112
sofocante, 112

N

Naturaleza humana, 5
Necrofilia, 37
Nervios erigentes o erectores, 54
Neurosis
obsesiva compulsiva, 98
y ansiedad, 98
Niveles de ejercicio profesional, 246, 247

O

Onírico-fantaseoso, 22
Opiáceos, 123
Organos sexuales
caricias y reconocimiento de, 183
pélvicos, 126
Orgasmo, 53, 59, 63, 65
clitorídeo, 100
clitoridiano, 60
experiencias que se incluyen en la fase de, 187
simultáneo, 101

vaginal, 60, 100
y resolución, 147
Orientación
acumulativa, 85, 86
del carácter, 134
en espacio, 133
en persona, 133
en tiempo, 133
exploradora, 84, 85
mercantil, 86, 87
receptiva, 83, 84
sexual al paciente posinfarto, 232
Óxido nítrico (ON), 57
sintasa (ONS), 57

P

Padecimientos psiquiátricos, 97
Paidofilia, 38
Papeles sexuales, 149
Paraclorofenilalanina (PCPA), 77
Parafilia, 31, 32
Pareja
antecedentes de la dinámica de, 148
problemas en la, 107
terapia en problemas de la, 215
Participación, incrementar la, 153
Pederastas, 38
Pene, 56
agenesia del, 128
doble, 128
tamaño del, 101
Pensamiento
abstracto, 134
de introspección, 134
mágico, 91
obsesivo, 132
Perfección, 194
Periodo refractario, 62, 65
Persona
creativa, 193
neurótica, 193
promedio, 193
Perversión, 32
Planeación de la estrategia, 156
Plataforma orgásmica, 58
Play boy, 40

- Play girl, 40
 Poliamoría, 226
 Polirrelación, 42
 Preconsciente, 82
 Preferentemente heterosexual (PHT), 21
 Preorgasnia, 63, 65, 78, 80, 185
 femenina, 74
 Primer coito
 edad del, 11
 edades a las que se tuvo el, 12
 Primer recuerdo erótico, 142
 Primera experiencia sexual, 103
 Problema-meta, 156
 Problemas, focos externos de, 216
 Proceso terapéutico
 educación en el, 167
 fases previas al, 151
 Productivo o lacónico, 132
 Productos erectógenos,
 mecanismos de acción de los, 57
 Promiscuidad, 26
 Propranolol, 77
 Próstata femenina, 59
 Prostitución, 26
 Proyección como mecanismo de defensa, 89
 Prueba(s)
 de la curva de respuesta sexual humana, 136
 de vida, 235
 psicológicas individuales, 134
 sexológicas específicas, 135
 Psicología humanística-existencial, 197
 Psicosis maniaco-depresivo, 98
 Psicoterapia, 152
Psychology today, 28
 Pubertad, 143
 Punto
 A, 61
 G, 59, 231
 U, 61
- Q**
 “Quedarse con el sentimiento”, 207
- R**
 Racionalización como mecanismo de defensa, 88
 Reacciones cognoscitivas, 94
 de evasión, 94
 de observación, 94
 Reacciones psicológicas ante la cirugía y la enfermedad, 96
 Recursos físicos y de espacio, 158
 Rechazo
 al compañero, 115
 evitar el, 153
Reedbook, 28
 Reflexión, 9
 Reforzamiento
 intermitente, 177
 negativo, 103
 positivo, 174, 177
 primario, 177
 secundario, 177
 Regresión como mecanismo de defensa, 91
 Rehabilitación, 152
 Relación
 a primera vista (sin conocimiento de la otra persona), 45
 causa-efecto, 107
 extramarital, 225
 Relaciones interpersonales, 26
 Represión como mecanismo de defensa, 88
 Requerimientos, 138
 Resistencia
 análisis e interpretación de la, 196
 como mecanismo de defensa, 91
 Resolución, 53, 62
 Respetabilidad, 105
 Respeto, 110, 140
 incondicional, 204
 reforzar el, 153
 Responsabilidad, libertad y, 199
 Respuesta condicionada, 174
 Respuesta sexual
 aspectos generales, 53
 femenina y masculina, 10
 mecanismos neurofisiológicos de la, 55
 y sus disfunciones, 53
 Retroalimentación circular, 217, 218
- Revista Archivos
 Hispanoamericanos de Sexología, 6, 7
 Rinofilia, 47
 Ronda, 206
- S**
 Sadismo, 39
 masoquismo, 39
 Sadomasoquistas, 39
 Salud normal o anormal, 15
 Salud sexual, 13
 definición según la OMS, 17
 fases para la atención de la, 243, 244
 Satisfacción sexual, 136
 Saturación o *flooding*, 176
 Sensorio y funciones mentales, 133
 Seres humanos, 25
 Serotonina, inhibidor de la recaptura de, 67
 Sexo, 3
 continuo del, 4
 de asignación, 5
 factor hereditario ligado al, 23
 siete elementos o dimensiones, 4
 y medio social, 3
 Sexología, 3, 5
 diagrama conceptual de, 7
 Sexoterapia, resultados de la, 241
 Sexualidad, 3
 acción basada en evidencia científica, 12
 actitudes ante la, 136
 cirugía y, 79
 como rama científica, 3
 componentes del concepto de, 6
 drogas y, 76
 durante el embarazo, 73
 educación de la, 11
 en la vejez, 72
 expresiones conductuales de la, 32, 144
 expresiones gráficas de la, 180
 fármacos y, 76

iatrogenia y, 76
infarto del miocardio y, 231
Signore, 40
Sildenafil, 57
Síndrome
de Kallman, 228
de Leriche, 124
de Rokitanski-Kuster, 230
Sine qua non, 245
Sistema nervioso, 126
Socialización, 83
Strip-tease, 35, 40
Sublimación como mecanismo
de defensa, 89
Sueño(s), 207
latente, 196
manifiesto, 196
Sullivan, Harry Stack, 195
Superego o superyó, 82
Superioridad, 194
Swingers, 43, 44, 45, 226

T

Tabaquismo, 123
Técnica(s)
de Baldwin, 230
de la silla vacía, 206
de Semans, 184
de suspensión del estímulo,
184
psicoterapéuticas, 191
y procedimientos
conductuales, 173
Temor, 94
al daño psicológico, 95
al fracaso, 95
Temperamento, 83
colérico, 83
flemático, 83
melancólico, 83
sanguíneo, 83
Tendencias
depresivas, 133

esquizofrénicas, 133
hipocondriacas, 132
"Tengo un secreto", 206
Teoría
del origen genético, 23
del origen hormonal, 24
general de los sistemas, 217
psicosocial, 24
sobre el origen de la
homosexualidad, 23
Terapéutica
médica, 227
quirúrgica, 230
Terapia
centrada en el consultante,
202
cognitiva, 211
cognitivo-conductual, 211
conductual, 173
en problemas de la pareja,
215
existencial, 197
Gestalt, 204
racional emotiva, 207
sexual, ejercicio profesional
en, 241
Testículos, inflamación de los,
123
Testosterona, 228
Tiácidas, 77
Tono, 132
Totalidad, 217, 218
Tranquilizantes, 77
Transacciones
complementarias, 210
cruzadas, 210
ulteriores, 210
Transexualidad, 27, 234, 239
Transferencia, análisis e
interpretación de la, 196
Transgénero, 238
Transgresión, 95
Travestismo, 27, 46, 236

Tribofilia, 42
Tumefacción areolar, 58

U

Úlcera duodenal, 124
Uretritis, 126
Urofilia, 41
Útero, extirpación del, 123

V

Vaginismo, 65, 75, 79, 242
Vaginitis moniliásica, 125
Valores normales, 14
Vasculopatías obstructivas, 124
Vascongestión, 56, 59
Vejez
como causa de disfunción
sexual, 105
sexualidad en la, 72
Velocidad, 132
"Verdadero afrodisiaco", 228
Vicio solitario, 100
Vida coital, 144
Violadores infantiles, 38
Violencia de género, 11
Vocabulario, tipo de, 132
Voyerismo masculino, 35
Voyeurismo, 39
Voz
análisis de la, 132
intensidad de la, 132

Y

Yo
experiencia paratáctica, 195
experiencia prototáctica, 195
experiencia sintáctica, 195
sistema del propio, 195

Z

Zona sucia, órganos sexuales
como, 100
Zoofilia, 40

Esta obra ha sido publicada por
Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
y se han terminado los trabajos de esta segunda edición
el 30 de noviembre de 2010
en los talleres de
Litográfica Activa, S.A. de C.V.,
Emilio Carranza 147-Bis,
Col. San Andrés Tetepilco, 09440.
México, D.F.

2ª edición, 2011

