

BENEMÉRITA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

"FACTORES PSICOBIOLÓGICOS QUE AFECTAN EL DESEO SEXUAL Y TÉCNICAS PSICOSEXUALES PARA TRATAMIENTO EN MUJERES ADULTAS"

TESINA PRESENTADA PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN TERAPIA PSICOSEXUAL

PRESENTA:

SALOMÓN PÉREZ MORALES

ASESOR:

DR. IGNACIO COSÍO ORTIZ

PUEBLA, 2014

A Débora y Salomón, por haberme guiado por caminos de inquietud intelectual.

A Lidia y Alicia, por su ánimo y optimismo.

A Luis Enrique por su apoyo y compañía en mi caminar por este mundo.

A la Vida por sobre todo.

ÍNDICE

Dedicatoria……..…….……..…..……II

Índice…….……..……III

Índice de Figuras y Tablas……...……..…….……VI

Introducción……..……..…VII

CAPÍTULO I

RESPUESTA SEXUAL HUMANA

1.1 Sexualidad 1

1.2 Respuesta Sexual Humana (RSH) 2

1.2.1 Respuesta Sexual Femenina 3

1.3 Modelos de Respuesta Sexual Humana 5

1.4 Deseo Sexual 8

1.4.1 Características y Compones del Deseo Sexual 9

1.4.2 Activadores del Deseo Sexual 10

1.5 Cerebro y Respuesta Sexual 11

1.5.1 Respuesta en Genitales externos de la Mujer 15

1.5.2 Respuesta Extragenital en la Mujer 17

CAPÍTULO II

FACTORES PSICÓGENOS Y BIOLÓGICOS QUE AFECTAN AL DESEO SEXUAL DE LA MUJER

2.1 Psicógeno 23

2.1.1 Factores Psicológicos 24

2.2 Mecanismo de “Desconexión” 24

2.3 Defensas Inconscientes 26

2.4 Causas Remotas 26

2.5 Disfunciones de la etapa del Deseo Sexual 29
2.5.1 Deseo Sexual Hipoactivo (DSH) 29
2.5.1.1 Clasificación del Deseo Sexual Hipoactivo 31
2.5.1.2 Formas Clínicas del Deseo Sexual Hipoactivo 32
2.5.1.3 Factores Psicológicos del Deseo Sexual Hipoactivo 33
2.6 Factores Biológicos que afectan al Deseo Sexual de Mujeres 35
2.6.1 Depresión 35
2.6.2 Estrés 35
2.6.3 Medicamentos 36
2.6.4 Hormonas 36
2.6.5 Enfermedades Metabólicas 36
2.6.6 Factores Endocrinos 37
2.6.7 Factores Cardiovasculares 40
2.6.8 Factores Ginecológicos 40
2.6.9 Enfermedades Crónicas 41
2.6.10 Trastornos Neurovegetativos 41

CAPÍTULO III

TÉCNICAS PSICOSEXUALES PARA RECUPERAR Y/O INCREMENTAR EL DESEO

3.1 La Terapia Sexual 42
3.2 Modelos para el Tratamiento de la Disfunción del Deseo Sexual 48
3.2.1 Modelo de Kaplan 1974. 48
3.2.2 El Modelo de Annon o PLISSIT 1976. 49
3.2.3 Modelo de McCarthy l995 49
3.2.4 Modelo de Trudel 1997 50
3.2.5 Modelo de LoPiccolo y Friedman (1998) 51
3.2.6 Modelo de Programación Neurolingüística 51
3.2.7 Modelo Gestalt 53

3.2.8 Modelo de Cabello y del Instituto de Andaluz de Sexología 2010 54
3.3 Técnicas Clásicas de Atención Psicosexual 55
3.3.1.1 Mecanismos de Acción Terapéutica 59
3.3.1.2 Puntos importantes para tratar Alteraciones del Deseo 59
3.3.1 Modificación de las Causas Inmediatas 60
3.3.2 Acentuando lo Positivo y Desacentuando lo Negativo 65
3.3.3 "Preparando El Corazón" 67
3.3.4 La Fantasía Sexual 70
3.3.4.1 Expresiones Gráficas de la Sexualidad 72
3.3.5 Excitación y Distracción 73
3.3.6 Erotismo 75
3.3.7 Masturbación 77
3.3.8 Modificación de las Técnicas Masturbatorias 80
3.3.9 Reacciones Adversas 81

CONCLUSIONES 82

BIBLIOGRAFÍA 86

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Curva de la Respuesta Sexual Humana Femenina 4
Figura 2. Modelos de Respuesta Sexual Humana 6
Figura 3. Mecanismos neurofisiológicos de la Respuesta Sexual 14
Figura 4. Cambios en la respuesta extragenital de la mujer 21

Tabla 1 Hormonas y Neurotransmisores en el Deseo Sexual 13
Tabla 2 Tratamiento biológico y psicológico del deseo sexual en mujeres 54
Tabla 3 Tratamiento médico personal y de pareja 56

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un aspecto esencial del ser humano. En nuestra cultura, para la mayoría de personas, este tema puede generar problemas y conflictos de diversas índoles aunque para otros puede ser un causante de placer.

Casi todas las personas viven, crecen y actúan sin tener un conocimiento de su sexualidad mucho menos la de los demás, lo que desencadena una serie de afectaciones en su vida personal y social. Además de la influencia de factores determinantes como los materiales eróticos-sexuales, de supuesto origen científico que al contrario de educar refuerzan tabúes y mitos en torno a la misma.

Los conceptos básicos de sexualidad son fundamentales para una buena comprensión, cuando se habla de sexo, refiriéndose al conjunto de características biológicas que definen al ser humano en hombre o mujer. La sexualidad es un término más amplio que el sexo, por ser el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales, éticos y religiosos; se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y actuamos. Se puede decir que cada persona es un ser sexual desde que nace hasta que muere. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, y enriquecen la vida en general (OPS- OMS).

Existen dos vertientes esenciales en cuanto a la sexualidad: un aspecto biológico y otro de tipo psicosocial. El biológico se vincula, además de la procreación, al impulso, al deseo, a la capacidad de respuesta sexual y al goce a través de ella. El aspecto psicosocial está moldeado desde la infancia cuando se adquieren ideas y actitudes hacia el sexo determinadas por el entorno familiar y escolar, ya que estas varían acorde con el sistema de valores morales que regulan las distintas clases sociales y las diferentes culturas.

Si en la mujer o en el hombre se modifica la función sexual por algún factor o problema, no habrá una respuesta satisfactoria a los estímulos sexuales, generando: ansiedad, angustia, frustración hasta convertirse en una disfunción sexual; ocasionando un efecto de malestar en las relaciones interpersonales y de convivencia.

Hoy la concepción acerca del papel sexual en la mujer ha variado, pues existe una sexualidad más abierta y más flexible; actualmente, la relación sexual es concebida como un acto de placer. Muchas conductas que anteriormente eran consideradas prohibidas, ya se pueden abordar y discutir abiertamente. Esto ha contribuido a eliminar una serie de mitos tabúes, miedos y prejuicios que han sido arrastrados por hombres y mujeres y han influido negativamente en su salud sexual.

El objetivo de este trabajo es identificar los factores psicobiológicos que puedan generar la pérdida o alteración del deseo sexual en mujeres adultas, es decir, se enfocará en explicar la sexualidad femenina y de cómo afectan la respuesta sexual en la etapa del deseo, tomando en cuenta el primer ciclo de edad adulta que para Masters y Johnson (1987) comprende de los 20 a los 40 años. También se pretende demostrar que la ignorancia, el miedo y la vergüenza pueden repercutir de manera significativa en la sexualidad, en este caso de la mujer y que puede estar relacionada con la pareja o la familia, y crear serios conflictos.

Esta etapa donde se toman decisiones importantes (matrimonio, trabajo) y pasan de la adolescencia a una “madurez” personal. Durante esta etapa de vida adulta es una época de incertidumbre sexual para unas y de satisfacción plena para otras, pues a veces la sexualidad se puede ver afectada por sentimientos de culpa, de inmoralidad que la mujer puede arrastrar del pasado. Continúa preocupándose por su apariencia física, capacidades sexuales y experiencias personales en el amor.

Por lo que es posible que ese vea afectada su sexualidad repercutiendo directa o indirectamente en su respuesta sexual. De esta manera otro objetivo importante será ubicar las técnicas terapéuticas psicosexuales que se pueden en el tratamiento de la pérdida o disminución del deseo sexual en mujeres adultas.

Si en la mujer o en el hombre se modifica la función sexual por algún factor o problema, no habrá una respuesta satisfactoria a los estímulos sexuales, generando: ansiedad, angustia, frustración hasta convertirse en una disfunción sexual; ocasionando un efecto de malestar en las relaciones interpersonales y de convivencia.

Hoy la concepción acerca del papel sexual en la mujer ha variado, pues existe una sexualidad más abierta y más flexible; actualmente, la relación sexual es concebida como un acto de placer. Muchas conductas que anteriormente eran consideradas prohibidas, ya se pueden abordar y discutir abiertamente. Esto ha contribuido a eliminar una serie de mitos tabúes, miedos y prejuicios que han sido arrastrados por hombres y mujeres y han influido negativamente en su salud sexual.

El objetivo de este trabajo es identificar los factores psicobiológicos que puedan generar la pérdida o alteración del deseo sexual en mujeres adultas, es decir, se enfocará en explicar la sexualidad femenina y de cómo afectan la respuesta sexual en la etapa del deseo, tomando en cuenta el primer ciclo de edad adulta que para Masters y Johnson (1987) comprende de los 20 a los 40 años. También se pretende demostrar que la ignorancia, el miedo y la vergüenza pueden repercutir de manera significativa en la sexualidad, en este caso de la mujer y que puede estar relacionada con la pareja o la familia, y crear serios conflictos.

Esta etapa donde se toman decisiones importantes (matrimonio, trabajo) y pasan de la adolescencia a una “madurez” personal. Durante esta etapa de vida adulta es una época de incertidumbre sexual para unas y de satisfacción plena para otras, pues a veces la sexualidad se puede ver afectada por sentimientos de culpa, de inmoralidad que la mujer puede arrastrar del pasado. Continúa preocupándose por su apariencia física, capacidades sexuales y experiencias personales en el amor.

Por lo que es posible que ese vea afectada su sexualidad repercutiendo directa o indirectamente en su respuesta sexual. De esta manera otro objetivo importante será ubicar las técnicas terapéuticas psicosexuales que se pueden en el tratamiento de la pérdida o disminución del deseo sexual en mujeres adultas.

CAPÍTULO I

RESPUESTA SEXUAL HUMANA

En este capítulo se define la sexualidad aportando información de la respuesta sexual de los seres humanos. Además se mencionan algunos investigadores que proponen modelos de estudios enfocados a la respuesta sexual de la mujer, en los cuales encontramos la fase del deseo, por consiguiente, se describe la serie de cambios neuroanatómicos y fisiológicos que se manifiestan en los diferentes órganos sexuales femeninos.

1.1 Sexualidad.

En nuestros días sigue existiendo dificultades para definir y estudiar la sexualidad, ya que existen diversos conceptos propuestos por algunos autores; ellos incluyen factores importantes como son los sociales, culturales, psicológicos y biológicos para que de esta manera el individuo pueda entender una definición clara. Hoy en día no se discute que la sexualidad en el pasado estuvo llena de tabúes, represión, dogmatismos e ignorancia. Afortunadamente, algunas limitaciones se han superado gracias al conocimiento científico actual que ha destruido muchos mitos sexuales.

Esto ha generado modelos de estudio para facilitar su comprensión, dividiéndose en dos grupos de acuerdo a sus características y representaciones. Al primero de ellos se le atribuye un carácter biológico que, ante la estructura social y educativa, lucha por expresarse. El otro grupo se le ve como resultado de una interacción grupal, que a partir de una base biológica relativamente sin cambios, origina las diversas ideas, sentimientos, actitudes, regulaciones sociales e institucionales de lo que los grupos entienden por sexualidad (Leiblum y Rosen 2000).

De esta forma Cabello (2010) describe la sexualidad como una dimensión fundamental del ser humano. Basada en el sexo, incluye el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. La sexualidad "…es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales" (p.17).

La sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos. Una vez definida la sexualidad se describirá la respuesta sexual humana con la finalidad de conocer este proceso.

1.2 Respuesta Sexual Humana (RSH).

La excitabilidad de los seres humanos constituye un importante proceso psicológico y físico. Los seres humanos no sólo pueden excitarse sexualmente a través de los sentidos, en particular de la vista y del tacto sino que también puede despertar en ellos deseo sexual mediante pensamientos y sentimientos. Es decir que pueden generar cambios en los tejidos y segregación de fluidos, incluso a veces alcanzar el orgasmo a través de fantasías eróticas (Maslow, 1985). Por consiguiente, si se desea excitar a un individuo, a fin de que desee sostener relaciones sexuales, es conveniente conocer los cambios físicos y psicológicos de excitación (Bibby y Stekel, 1962. En Ellis, A. 1965).

El proceso conocido como Respuesta Sexual Humana (RSH) consiste en despertar y satisfacer el deseo sexual, este consta de fases que se manifiestan en el cuerpo en particular signos del sistema nervioso y conjuntivo los cuales se encuentran en estado de reposo, por lo que se tiene que incentivar mediante estímulos, de buen grado e intensidad, para lograr excitar los centros nerviosos del cerebro para que envié las reacciones físicas a los órganos sexuales (Azcarraga, 1976). Estos procesos se presentan en hombres como en mujeres, en este caso nos enfocaremos a la respuesta sexual de la mujer.

1.2.1 Respuesta Sexual Femenina.

En los últimos años se han hecho múltiples aportaciones de estudios electrofisiológicos de la sexualidad, aunque el esquema básico sigue siendo el adoptado por los autores pioneros Masters y Johnson, (De Béjar, 2013). Para Rubio (1994) la respuesta fisiológica de la mujer a la estimulación sexual no está limitada a lo genital. La tensión sexual encierra otras áreas, además de los órganos reproductores primarios y secundarios, las reacciones fisiológicas a la estimulación sexual son la vasocongestión superficial, vasocongestión profunda generalizada y la contracción muscular específica. En los estudios que realizaron Masters y Johnson (1979) la congestión vascular se observa en todas las fases del ciclo, mientras que la tensión muscular se manifiesta de forma constante durante la fase de meseta. Por ejemplo el enrojecimiento sexual aparece en la superficie del cuerpo, mientras que la congestión profunda se manifiesta por la aparición del orgasmo. Los órganos "gatillo", como las mamas, muestran las pruebas de existencia de una vasodilatación superficial y profunda. Los grupos musculares que reflejan una tensión generalizada como respuesta a la estimulación sexual son los de las manos, pies y abdomen, mientras que los músculos bulbo esponjoso y el isquiocavernoso, así como el esfínter rectal, son ejemplos de tensión muscular especifica. Para dar una idea clara de las reacciones fisiológicas que se presentan se dividen en cuatro fases de acuerdo al modelo propuesto, en 1964, por William H. Masters y Virginia E. Johnson:

- Fase de Excitación.
- Fase de Meseta.
- Fase de Orgasmo.
- Fase de Resolución.

La primera fase llamada **excitación** se desarrolla a partir de una estimulación somatogénica o psicogénica, en ésta es importante un incremento de la tensión sexual, si es adecuada a la demanda individual, la intensidad aumentará con rapidez y se puede prolongar o interrumpir.

Para que la segunda fase conocida como **meseta** se presente, deberá existir un estímulo sexual efectivo, la tensión sexual se seguirá intensificando hasta el máximo de lo cual aparecerá el orgasmo, su duración dependerá de la efectividad del estímulo excedente, combinado con el factor de canalización individual, si estos son inadecuados o si el estímulo es interrumpido el individuo no pasará a la fase siguiente y podrá avanzar a una fase de resolución.

La fase del **orgasmo** es involuntaria y se limita a segundos durante los cuales la vasocongestión y la miotonía generadas por el estímulo sexual son liberadas; en la mujer el comienzo de su orgasmo es subjetivo en la pelvis y se concentra específicamente en el clítoris, vagina y útero, éste suele tener variaciones en su duración. Después de una expresión orgásmica la última fase es **resolución** conocido como periodo involucionario de la tensión llevando al individuo a la inexcitabilidad. De esta forma la mujer tiene la capacidad de volver a un orgasmo en cualquier punto de la fase de resolución si se aplica un estímulo efectivo, tal como se muestra en la siguiente figura:

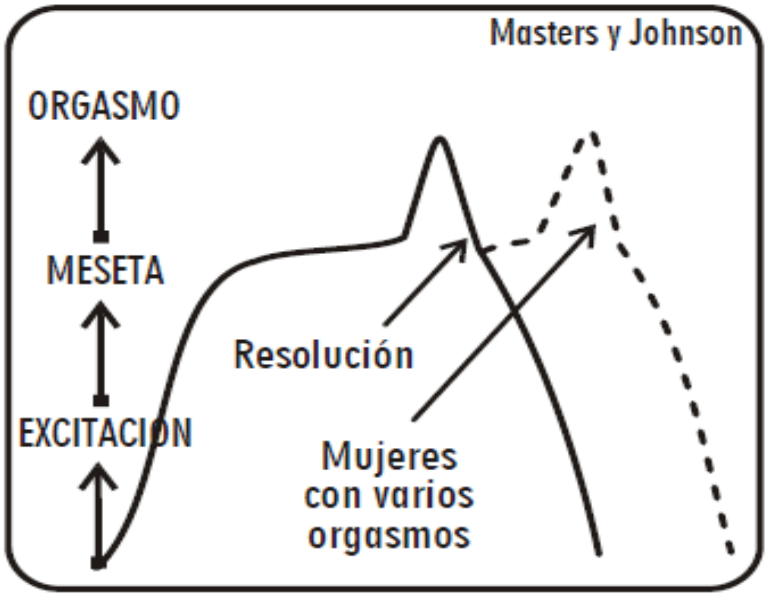


Figura 1. Curva de la Respuesta Sexual Humana Femenina.

Por consiguiente, estas reacciones a la tensión sexual están relacionadas con variaciones fisiológicas y anatómicas relativas a cada sexo y que además presentan diferencias básicas en ambos en cuanto a intensidad y duración.

Por tales motivos los autores que han investigado el tema de la respuesta sexual han propuesto modelos que a continuación se presentan, los cuales toman en cuenta la respuesta sexual de la mujer.

1.3 Modelos de Respuesta Sexual Humana.

La descripción de las características psicosexuales de la RSH, no ha tenido apertura en la literatura sexológica de forma concluyente porque en el estudio del conocido concepto de Respuesta Sexual Humana, que difundieran Masters y Johnson, publicado en *La Sexualidad Humana* en 1955, se anticipó el análisis de sus componentes fisiológicos y se dejaron de lado los procesos psicosexuales que, muchas veces, desde una perspectiva estrictamente médica se han considerado como subalternos.

El estudio de la respuesta sexual no puede reducirse a su función orgánica, de forma similar a otros del organismo humano (aparato respiratorio, locomotor, cardiovascular). La función reproductora lleva del deseo sexual al coito y no permite una comprensión integral de las características de la respuesta sexual en los seres humanos, la cual va más allá del coito reproductivo (Martínez, 1999).

Por tal motivo Aguirre (2011) ha recopilado modelos de respuesta sexual de algunos autores que incluyen la etapa del deseo y en particular el de la mujer, los cuales están representados en la siguiente gráfica:

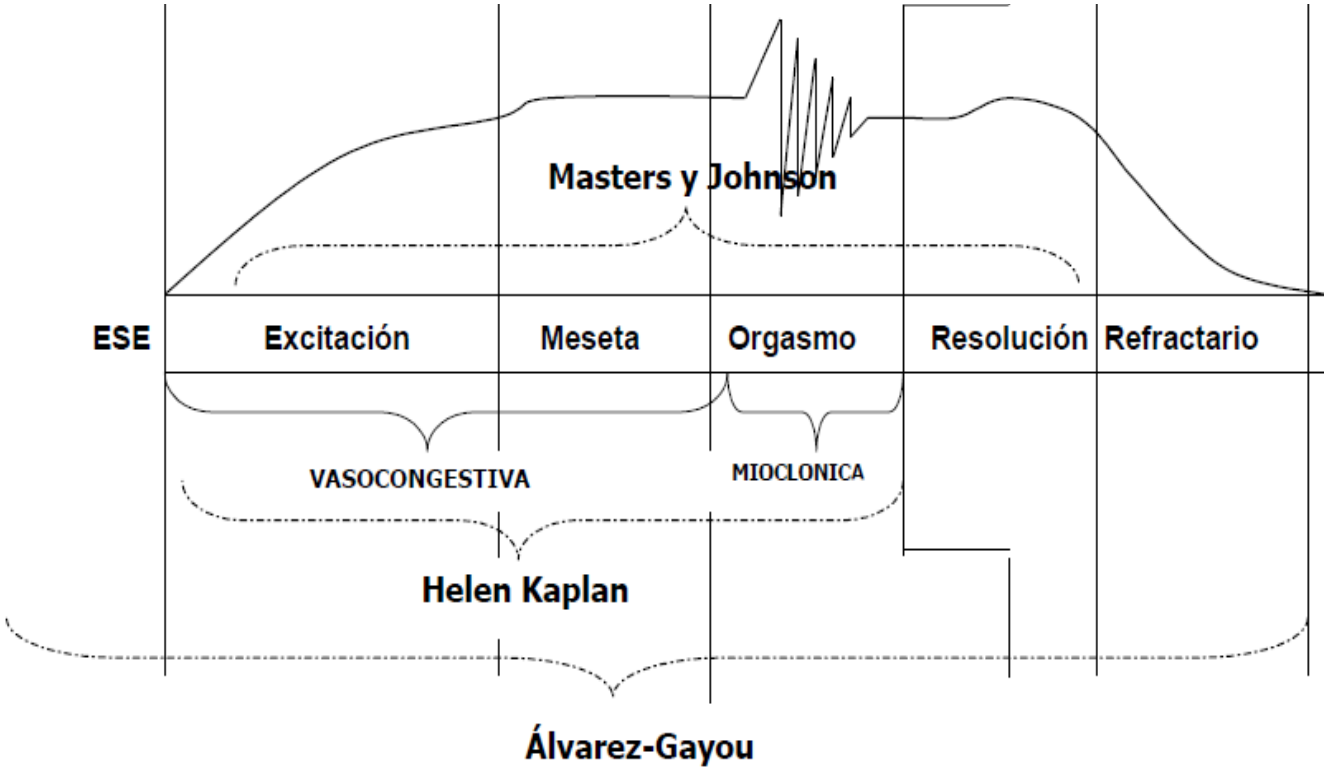


Figura 2. Modelos de Respuesta Sexual Humana

También se mencionan los modelos RSH de autores que incluyen la etapa del deseo y que además mencionan a la mujer, existen otros que estaban en desacuerdo con reconocer al deseo como una fase de la respuesta sexual humana aquí se presenta los que sí lo registran de acuerdo a los años que fueron propuestos como son:

Wilhelm Reich.

En 1945 en el libro La función del orgasmo, propuso un modelo de cinco fases: fase de control voluntario de aumento de la excitación; fase de contracciones musculares involuntarias; fase de ascenso repentino y vertical hacia el acmé; fase del orgasmo y fase de pérdida de la excitación.

Alfred Kinsey.

Entre 1948 y 1953 propuso un modelo de respuesta sexual compuesto por tres fases: excitación o tensión, orgasmo y posefectos (Masters y Johnson los describen como fase de resolución).

Helen Kaplan.

En 1977 y 1979 propuso el modelo trifásico constituido por la fase del deseo, la fase vasocongestiva, y la fase mioclónica.

Juan Luis Álvarez Gayou.

En 1986 propuso un modelo compuesto por la fase de la excitación, meseta, orgasmo, resolución y periodo refractario (tiempo que se tarda en desencadenar un nuevo ciclo de respuesta sexual).

Heli Alzate.

En 1987, describe la respuesta sexual en cinco fases y tres planos. Fase apetitiva (deseo para Kaplan), relacional, estimulatoria, excitatoria y orgásmica, cada uno en los planos psíquico o central, somático o periférico y externo o comportamental.

Schnarch.

En 1991 estableció que la curva de Respuesta Sexual (RS), no es de dos ejes, sino de tres donde el deseo ocupa un eje tridimensional, dicho de otra manera cuando hay excitación también hay deseo persistiendo en la meseta y orgasmo inclusive en la resolución especialmente en mujeres.

Basson.

En el 2002 Basson, parte de la intimidad, (entendida como una interacción íntima en un estado sexual neutro), se puede comenzar a estimular a una mujer y el proceso de estos estímulos llevara a la excitación e inmediatamente aparecerá el deseo conduciendo a una RS satisfactoria.

Como se observó en la gráfica el primer modelo de respuesta sexual propuesto por Masters y Johnson dio la pauta para investigar a fondo cada fase donde surge la etapa del deseo propuesto por Helen Kaplan en su modelo trifásico. De ahí se comenzó a estudiar y debatir el tema del deseo que a continuación se describe.

1.4 Deseo Sexual.

Kaplan (1982) fue una de las primeras investigadoras que describió al deseo sexual como un impulso (actividad o estado intraorgánico, que suministra el estímulo para un tipo especial de conducta) hacia la actividad sexual generando por estímulos internos y externos, el cual fluye fantasías, pensamientos y receptividad para la actividad sexual e involucra una raíz biológica (hormonas) y una emocional (intimidad, placer y aspectos de relación).

Posteriormente Kolodny (1983) también lo describe como una pulsión instintiva, estímulos (interoceptivos o exteroceptivos) que mueven al individuo a buscar experiencias sexuales o mostrarse receptivo a ellas, generando en la persona interés sexual caracterizada por fantasías eróticas y su duración puede ser variable.

Más tarde Levine (1984) indicó que el deseo sexual está constituido por tres elementos moderadamente independientes: Impulso, motivo, y anhelo. El impulso (drive) representa la base biofisiológica del deseo sexual, el motivo (motive) se refiere a su articulación psicológica y el anhelo (wish) a su representación sociocultural.

Para Barrios (2005) el deseo sexual es definido como una "…grata tensión que engloba la disposición a una "ansiedad placentera" por excitarse" p73.

EL deseo es descrito como la primera de las fases de la respuesta sexual humana, y se vincula con las motivaciones, la personalidad e impulso de cada individuo. Un impulso que pone en acción procesos mentales, no del todo conscientes al que se le atribuyen bases neurológicas, fisiológicas y anatómicas que hasta hoy se siguen investigando, a diferencia de otros impulsos como hambre, sed, necesidad de dormir cuyo mecanismo está más documentado.

Para entender mejor el tema del deseo sexual conviene describir sus componentes, características y activadores que a continuación se presentan.

1.4.1 Características y Compones del Deseo Sexual.

Para Kaplan (1982) y Barrios (2005) los diferentes estudios que se han descrito de los elementos y características del deseo se sabe que se manifiesta y puede ser evaluado por uno o varios elementos como: pensamientos, fantasías eróticas, actividades autoeróticas (masturbación), así como búsqueda y ejercicio de la actividad sexual.

Hasta ahora el estudio del deseo se han identificado ciertas características las cuales son importantes para atender y tratar a cada individuo en este caso mujeres que tienen o no una sexualidad satisfactoria y que a continuación se enlistan:

a) Existen diferencias en el grado en que una persona puede percibir un estímulo erótico.

b) Hay cambios físicos que reducen la respuesta fisiológica independientemente del deseo.

c) La respuesta o interpretación del individuo al deseo sexual.

En el mismo orden el deseo tiene los siguientes componentes:

- Una base neurofisiológica.
- Una disposición emocional/afectiva y cognitiva.
- Inductores eficaces de sensaciones y sentimientos sexuales.

Por consiguiente se ha investigado que el deseo puede verse afectado, por factores biológicos o psicológicos donde el individuo disminuye el interés por experiencias erótico-sexuales lo que puede llevar a una disfunción.

1.4.2 Activadores del Deseo.

Para poder llevarse a cabo el proceso bioquímico del erotismo e intimidad como menciona Basson (2004), es necesario que los órganos de los sentidos estén en buenas condiciones, pues son el medio de entrada para todo tipo de información que podrá llevar a la respuesta sexual. Este proceso requiere de activadores los cuales se dividen en dos grupos: los internos y externos.

Los internos son:

- **Sueños** y **fantasías eróticas** como sugieren Jones y Barlow 1990(en Cabello, 2010). Son la capacidad de la mujer para fantasear y es de gran ayuda en el momento del erotismo ya que esta fantasía erótica es la elaboración de un constructo mental que puede representar el objeto puntual del deseo de la mujer.

Los externos son:

- **Vista**: son los primeros estímulos a través de imágenes que inician la respuesta.
- **Olfato**: las feromonas, sustancias olorosas descubiertas por Jean Henri Fabré, son esenciales para iniciar la motivación sexual.
- **Oído**: donde las señales acústicas son significativas como el tono y ritmo de voz.
- **Gusto**: el beso es un elemento fundamental en la RS femenina y el mal sabor podría ser un obstáculo en la práctica bucogenital.
- **Tacto**: es el sentido por excelencia a la hora de iniciar una RS.

Al analizar cada una de estas características, componentes y activadores es de gran importancia poner atención en cada uno ya que por insignificante que parezca puede ser el origen de una disfunción. Además de conocer lo anterior se debe incluir la parte biológica específicamente el Sistema Nervioso Central, órgano que controla la respuesta sexual humana.

1.5 Cerebro y Respuesta Sexual.

Los autores Álvarez-Gayou (1986) y Arango (2008) han descrito la neurofisiología del deseo refiriendo que los activadores del deseo (estímulos internos y externos) son los que van a accionar el córtex y se dirigen al sistema límbico;

Conectando con los afectos y emociones para pasar al hipotálamo donde parece encontrarse el centro integrador de todos los estímulos sexuales. De ahí salen las eferencias, que a través del haz medial anterocerebral y pendúnculo talámico inferior provocan la respuesta genital.

Actualmente se conoce que las lesiones neuroquirúrgicas del área medial preóptica y núcleo ventromediano provocan disminución del deseo. No obstante el área preóptica, la parte lateral del hipotálamo, el tegumento del mesencéfalo y el gyrus cinguli forman parte de la mecánica sexual. De hecho casi todas las mujeres con problemas a nivel hipotalámico e hipofisiario manifiestan haber tenido problemas sexuales.

A nivel bioquímico hay una implicación activa o pasiva de los distintos neurotransmisores (sistema dopaminoadrenérgico, acetilcolina, serotonina), se ha dado por supuesto que la serotonina (ácido gamaaminobutírico) actúa inhibiendo la respuesta, mientras la dopamina (Glutamina) la activa.

Existe también la participación de hormonas como son la testosterona, dehidroepiandrosterona, oxitocina, hormona luteinizante (LH), hormona estimulante de tiroides (TSH),tiroxina libre (T3), prolactina (PRL), melatonina, estradiol, cortisol, endorfinas, somatotrofina, histamina, hormona liberadora de tirotropina (TRH), progesterona, así como otros intermediarios (colecistoquinina, péptido inhibidor vasoactivo (VIP), interleuquinas, prostaglandinas).

Estas hormonas se pueden ver afectadas en el deseo sexual de la mujer.

En el siguiente cuadro se resumen las hormonas que participan en la respuesta fisiológica del deseo:

Respuesta fisiológica (+) incrementa, (-) disminuye.	DESEO
	▪ Dopamina (+) ▪ Serotonina (-) ▪ GABA (-) ▪ LH-RH (+) ▪ Tiroxina (+) o (-) ▪ Testosterona (+) ▪ Prolactina (-) ▪ Estrógenos (-)

Tabla 1. Participación de Hormonas y Neurotransmisores en el Deseo Sexual

Una vez procesado los datos en las áreas referidas, se produce una respuesta a distintos niveles del organismo que es conducido a través de la medula espinal donde interviene el centro toraco lumbar formado por las vértebras Toracica-11, Toracica-12, Lumbar-1 y Lumbar-2 de predominio simpático que llega a los plexos hipogástricos y el centro sacro formado por las vértebras Sacro-2, Sacro-3, Sacro-4 de predominio parasimpático que conforma en nervio de Eckhard enviando los estímulos a vagina y clítoris. La combinación de factores orgánicos (hormonas y Sistema nervioso central) y de estímulos externos es capaz de provocar la secuencia de respuestas en primer lugar la vasocongestión. Cuando un estímulo resulta efectivo para iniciar la respuesta sexual, el Sistema Nervioso emite sus neurotransmisores a los microvasos de la región pélvica. El mensajero químico produce apertura de arteriolas y cierre de vénulas y todo ello ocasiona la vasocongestión.

El congestionamiento sanguíneo provoca que las estructuras genitales aumenten de tamaño, como puede observarse en los labios menores, el clítoris.

Debido a la intensa vasocongestión referida, algunos de los primeros signos de la excitación sexual son la lubricación vaginal y la erección del clítoris. En la siguiente figura se muestra el mecanismo de la neurofisiología. En la siguiente figura se esquematiza los mecanismos neurofisiológicos que anteriormente se describieron iniciando desde los activadores hasta los sitios de acción que generan la respuesta sexual enfocándonos específicamente en la mujer.

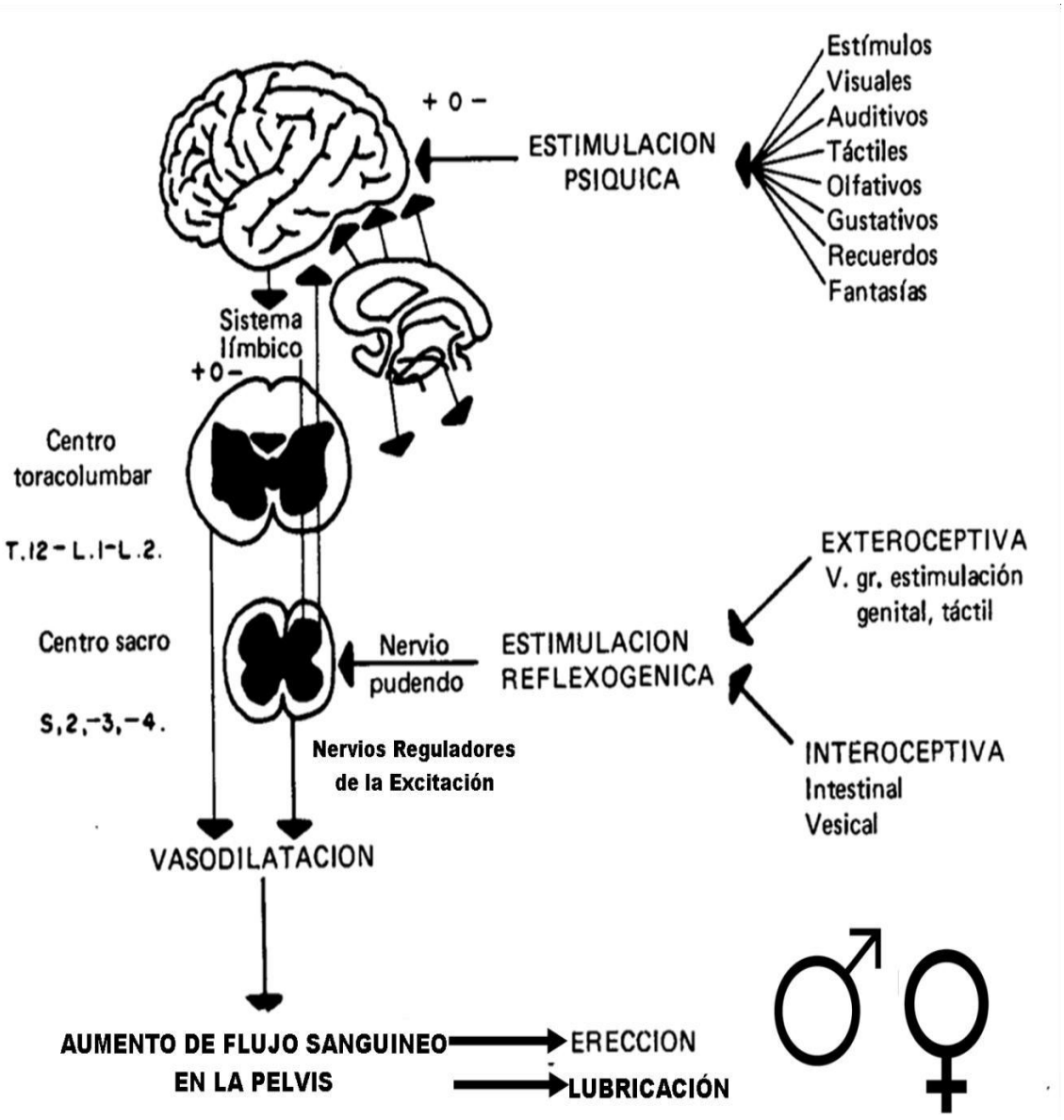


Figura 3. Mecanismos neurofisiológicos de la Respuesta Sexual

Además de conocer la neurofisiología es necesario describir la anatomía y fisiología genital de la mujer incluyendo los órganos internos y externos así como anexos ubicándolos en cada una de las fases de la respuesta sexual con la finalidad de conocer los mecanismos que se pueden ver limitados o bloqueados si hay ausencia del deseo.

1.5.1 Respuesta en Genitales Externos de la Mujer.

Masters y Johnson (1979) así como Ladas (1990), se dieron la tarea de describir la anatomía y fisiología femenina describiéndola en cada fase de la respuesta sexual; este apartado menciona los genitales externos femeninos los cuales comprenden: labios mayores, labios, menores, Glándulas de Bartholin y el clítoris.

Labios Mayores. En ausencia de estímulo sexual, los labios mayores llegan normalmente a la línea media, protegiendo de esta manera a las estructuras subyacentes, los labios menores, orificio vaginal y meato urinario. A medida que aumenta la tensión sexual durante la fase de excitación, los labios mayores se adelgazan y aplastan contra el perineo en la nulípara. Se observa moderada elevación de los labios hacia arriba y afuera, alejándose del orificio vaginal. El desplazamiento anatómico de los labios mayores puede originarse por la protrusión de los labios menores y la congestión vascular preliminar del tercio externo de la vagina.

Durante las etapas tardías de la fase de meseta, o en la etapa del orgasmo del ciclo sexual, no existe cambio en la anatomía de los labios mayores. En la fase de resolución, los labios mayores vuelven a tener su grosor normal y su posición medial. En las multíparas en lugar de aplanarse y elevarse en sentido antero lateral durante la fase de excitación los labios mayores se distienden, en forma acentuada con sangre venosa.

Labios Menores. Son los que presentan cambios importantes en los genitales externos durante el ciclo completo de la respuesta sexual. Los labios menores tanto de la nulípara como de la multípara, se expanden mucho de diámetro cuando la fase de

excitación está bien establecida. Cuando la tensión sexual alcanza la fase de meseta, los labios menores alcanzan dos o aun tres veces su diámetro; una vez completado el aumento aparecen los cambios de color de los labios turgentes que están en relación con la paridad de la mujer, cuando es nulípara van del color rosado al rojo brillante, y en la multípara van del rojo brillante al color vino.

Estos cambios de coloración que se da en la fase de meseta se le conoce como la “la piel sexual”. No existe mujer que llegando a la fase orgásmica de tensión sexual no haya experimentado antes los cambios de color específicos de los labios menores. Durante la fase de resolución, la coloración de la piel sexual se transforma con rapidez al rojo intenso o brillante rosado claro, por lo general después de la expresión orgásmica.

Glándulas de Bartholin. Son glándulas vulvovaginales, localizadas en cado uno de los labios menores. Sus orificios de excreción se encuentran en la superficie interna de estos adyacentes al introito vaginal. Segregan material mucoso. La actividad de estas glándulas es más efectiva en el coito prolongado, contribuyen de manera significativa la lubricación del introito, pero nunca se produce material suficiente. También se le ha asignado la función de reducir la acidez vaginal y promover una mayor longevidad de los espermatozoides.

Clítoris. Es un órgano único en la anatomía humana. Su exclusivo objetivo es de actuar como receptor y trasformador de los estímulos sexuales. De esta manera la mujer posee un sistema orgánico cuya función es iniciar o elevar niveles de la tensión sexual. Por lo general se encuentran variaciones en la estructura anatómica del clítoris. El clítoris está formado por dos cuerpos cavernosos envueltos por una membrana fibrosa densa. Cada cuerpo cavernoso está unido con el pubis y el isquion por un pedículo.

El clítoris como el pene tiene un ligamento suspensor que se inserta a lo largo de la superficie anterior del tabique medio. Además, en el clítoris se insertan dos músculos pequeños, los isquiocavernosos, que se originan en las ramas isquiáticas.

El cuerpo del clítoris puede ser largo y fino con un glande relativamente pequeño, o grueso y corto con un glande grande.

La rapidez de la respuesta del clítoris depende de que el estimulo sea directo o indirecto. La estimulación directa es la manipulación del clítoris o del monte de Venus. Hay numerosas manipulaciones indirectas: manipulación de otras área erógena, coito, fantasía.

En la fase de excitación la respuesta clitoridea a la estimulación que se produce durante la fase de excitación es la tumefacción evidente clínicamente. El clítoris se ingurgita en forma paralela a la vasodilatación de los labios menores. En la fase de meseta el clítoris se retrae en su totalidad y las estructuras anatómicas que adquieren mayor importancia en esta fase son los ligamentos suspensores y crurales.

Durante el coito o la manipulación de los senos, la retracción del clítoris se produce en una fase tardía del periodo d meseta, como indicación del nivel preorgásmico de tensión sexual. En la fase orgásmica no hay ninguna reacción específica. Por último en la fase de resolución retorna a la posición normal de reposo luego del orgasmo que se produce a los 5 a 10 segundos.

1.5.2 Respuesta Extragenital en la Mujer.

A continuación se describen las respuestas fisiológicas al estímulo sexual efectivo descritas por Master y Johnson (1979) además de Kaplan (2009), en otros órganos además de los “gatillo”, en las cuatro fases del ciclo.

Vagina. El túnel vaginal cumple una segunda función; proporciona el medio físico principal de expresión heterosexual para la mujer y simultáneamente sirve como parte integral de su mecanismo receptivo. En esencia el túnel vaginal responde a la estimulación sexual efectiva con una involuntaria preparación para la penetración del órgano sexual masculino. Así como la erección en el hombre es la expresión fisiológica

directa al acto sexual, la expansión y lubricación vaginal comprenden la indicación fisiología directa de invitación al acto sexual.

Debe señalarse que la respuesta vaginal a la estimulación sexual se desarrolla de acuerdo con un plan básico, sea el estímulo originalmente somático o psicógeno.

En la fase de excitación, la primera manifestación fisiología de respuesta femenina frente a cualquier forma de estímulo sexual es la lubricación vaginal, el material lubricante aparece en las paredes vaginales segundos después del comienzo de cualquier estimulo efectivo. Al comienzo se comprueba un alargamiento y distensión de los dos tercios inferiores del túnel vaginal pueden observarse movimientos irregulares de las paredes vaginales a medida que la tensión sexual se acerca al nivel de meseta.

Además de la dilatación vaginal, el cuello y cuerpo uterino son empujados poco a poco hacia atrás y arriba a medida que crece la tensión sexual. A medida que se alcanza la fase de meseta se produce un aplastamiento de la superficie rugosa vaginal. Este adelgazamiento de la mucosa vaginal es consecuencia de la expansión involuntaria de los dos tercios internos del túnel vaginal.

En la fase de meseta se produce intensa reacción vasomotriz en el área vaginal específica. El tercio externo vaginal, inclusivo el vestíbulo bulbar se distiende grandemente con sangre venosa. A pesar de que esta vasocongestión se desarrolla como respuesta involuntaria, representa un signo seguro que se ha alcanzado la fase de meseta. La vasodilatación del tercio externo vaginal, junto a la tumefacción de los labio menores, constituye la base anatómica de la experiencia orgásmica, lo que se le ha denominado “plataforma orgásmica”. La lubricación vaginal alcanza el máximo durante la fase de excitación, la producción disminuye durante la fase de meseta.

En la fase orgásmica la reacción fundamental del túnel vaginal es de esencialmente de carácter expansivo más que constrictivo durante el orgasmo.

La respuesta especifica vaginal a la expulsiva entidad fisiológica del orgasmo se haya confinada a la plataforma orgásmica. Esta área localizada de vasodilatación bulbar se contrae fuerte y regularmente durante la fase orgásmica. La duración de este fenómeno y el número de contracciones son variables de una mujer a otra.

La fase de **resolución,** se producen en primer término fenómenos regresivos en el tercio externo vaginal. La vasodilatación localizada establecida durante la fase de meseta, y que sirvió de plataforma a las contracciones espasmódicas del orgasmo, se dispersa con rapidez.

Como resultado de la disminución de la vasodilatación, la luz central del tercio externo vaginal incrementa su diámetro en los primeros estadios de la fase de resolución. Poco a poco, los dos tercios interiores distendidos llegan al estado de colapso.

Glándula Mamaria. En la fase de excitación el pezón presenta erección, es la primera respuesta evidente del aumento de la tensión sexual. La segunda respuesta es la mayor definición y extensión de las redes venosas. La tercera es la ingurgitación venosa de la superficie inferior.

En la fase de meseta se observa acentuada ingurgitación areolar. En esta fase la aréola se hace tan tumefacta que enmascara en parte el pezón, dando falsa idea que el pezón desapareció.

Fase de orgasmo: no hay reacción mamaria específica. Fase de resolución: se presenta rápida desaparición del enrojecimiento sexual y la desaparición de la tumefacción de la areola. Con ella la erección de los pezones vuelve a ser evidente, los pezones involucionan antes que las venas lleguen a su estado normal definitivo.

Uretra y Vejiga. Los cambios anatómicos y fisiológicos que se presentan son la distensión involuntaria del meato externo en algunas ocasiones durante el orgasmo, esta dilatación es mínima y no se produce regularmente.

Recto. Durante la fase de excitación y de meseta se produce la contracción involuntaria del esfínter rectal externo junto con la de la musculatura glútea. Muchas mujeres usan esta técnica para aumentar la tensión sexual. La contracción involuntaria del esfínter solo se presenta en la fase del orgasmo.
Durante la respuesta orgásmica intensa el esfínter rectal externo se contrae de dos a cinco veces, aparecen con más frecuencia cuando el orgasmo es por automanipulación.

Útero. Se ha observado que el útero responde a la estimulación sexual como un órgano compuesto y se registraron y observaron las respuestas individuales del cuerpo y del cuello. La primera fase de la respuesta uterina a la estimulación sexual se estableció considerando el órgano como un todo más que por sus partes: cuello y cuerpo. Esta reacción total del cuerpo uterino se desarrolla en la fase de excitación de la tensión sexual y se relación en forma directa con la posición del útero en la pelvis.

Al progresar el grado de tensión sexual del que corresponde a la fase de excitación a la de meseta el útero se eleva de la pelvis menor a la mayor. La observación directa revela que el cuello sale de su posición normal de reposo en contacto directo con la pared posterior de la vagina, no lejos del introito vaginal. La elevación uterina total no ocurre hasta que se llega a la fase de meseta de la respuesta sexual. Entonces el cuello de la nulípara puede elevarse casi hasta la pelvis mayor una vez producida en forma total esta reacción, no hay otra respuesta global del órgano durante la fase de meseta o de orgasmo. Con el comienzo de la fase de resolución el útero comienza a retornar su posición de reposo en la pelvis menor.

Respuesta Cervical. La producción de lubricación vaginal en respuesta a la estimulación sexual fue identificada con la actividad secretoria del cuello. La única respuesta definitiva del cuello a la estimulación sexual se desarrolla en la fase de resolución.

Respuesta del Cuerpo Uterino. La vasodilatación y la miotonía son las bases de la reacción visceral al aumento de la tensión sexual.

Vasodilatación: el útero aumenta de 2 a 3 veces su tamaño, cuando el útero esta evidentemente agrandado la respuesta de vasodilatación profunda se desarrolla tanto en la automanipulación como con el coito.
Cuanto más se continúe la estimulación sexual, una vez que se ha llegado al nivel de tensión de la fase de meseta, tanto más intensa es la vasodilatación de las vísceras pelvianas.

Miotonía: puede decirse que existe un modelo de contractibilidad uterina recurrente orientado en forma específica a la fase orgásmica del ciclo sexual femenino. Esta contracción uterina no se desarrolla a menos que le individuo experimente la experiencia orgásmica. La contracción del cuerpo que comienza durante el orgasmo continúa en forma irregular e intensidad decreciente hasta la resolución del orgasmo.

En la siguiente figura se esquematizan los cambios anatómicos de la respuesta extragenital de la mujer.

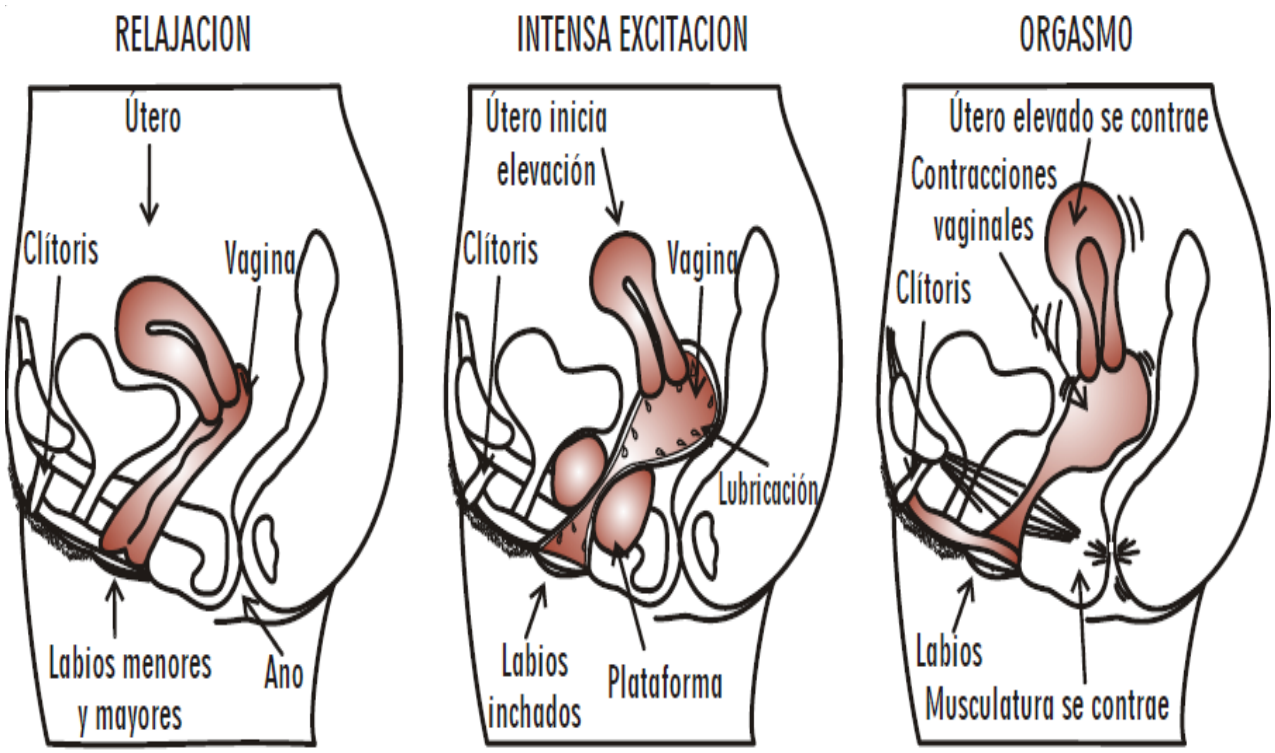


Figura 4. Cambios en la respuesta extragenital de la mujer.

Enrojecimiento Sexual: Los modelos de distribución e intensidad del enrojecimiento varían de un individuo a otro, pero, como regla, puede establecerse que la intensidad de la reacción debe considerarse como una indicación de la intensidad de la tensión sexual experimentada por la mujer. Una erupción eritematosa de tipo maculopapular aparece primero en el epigastrio durante el periodo final de la fase de excitación o el comienzo de la meseta. Luego se extiende con rapidez a la región mamaria, después llega hasta la parte lateral y media de la mama, por último, cuando el orgasmo es inminente, se extiende a la parte inferior. La reacción se extiende a la parte inferior del abdomen, los hombros y aun a la parte anterior de los antebrazos, cuando la tensión aumenta. Con el orgasmo, una erupción semejante al sarampión se extiende por la cara anterior y los bordes laterales de los muslos, la región glútea y el dorso entero. El rubor sexual desaparece en el orden inverso al que ha aparecido.

Miotonía. Se presenta al final de la fase de excitación y en la de meseta es generalizada y especifica. Con frecuencia los músculos se contraen regular o espasmódicamente de forma involuntarios, algunas veces de forma voluntaria.

El Espasmo Carpopedal (reacción involuntaria de los dedos de las manos y pies). Se presenta a menudo al final de la fase de meseta o en el orgasmo, en las mujeres en posición supina durante el coito o durante la autoestimulación.

Después de describir y conocer cada mecanismo neurofisiológico, anatómico y fisiológico de la respuesta genital que son precedidos por el deseo sexual se entiende que el deseo está regido por múltiples determinantes biológicos como hormonas y neurotransmisores que al presentarse un estimulo sexual desencadena la respuesta sexual, por consiguiente una gran variedad de cambios físicos y anatómicos se presentan. La fisiología del deseo es similar al impulso que produce el hambre o la sed. Como estos impulsos, el sexual se rige por su propia red de centros y circuitos neuronales, así pues esta actividad es la experiencia del deseo. En ausencia de estás acciones de los mecanismos de activación puede generar la inhibición o disminución del deseo por consiguiente se inhibe las siguientes fases de la respuesta sexual de la mujer.

CAPÍTULO II

FACTORES PSICÓGENOS Y BIOLÓGICOS QUE AFECTAN AL DESEO SEXUAL DE LA MUJER

Como se describió anteriormente la respuesta sexual humana se divide en fases, la fase del deseo es el motivo de estudio en este capítulo, específicamente el deseo sexual en la mujer adulta, abarcando las edades de los veinte a los cuarenta años de edad; por lo que se profundiza con base a las investigaciones sobre los factores que pueden ser los responsables de la disminución o inhibición de este. Inicialmente se define el factor psicógeno con sus diferentes causas y posteriormente el factor biológico señalando cada uno de los factores más comunes que pueden afectar el deseo.

2.1 Psicógeno.

La ausencia del deseo sexual no es lo mismo que la pérdida. Ausencia de deseo significa que nunca lo experimentó, al menos en la medida que se quisiera. Un ejemplo es la mujer que no ha experimentado el surgimiento del deseo sexual durante la pubertad, pérdida de deseo se refiere que alguna vez se experimentó deseo sexual satisfactorio pero no posteriormente y el factor importante de la pérdida es el psicógeno entendiéndose como psicógeno todo aquello que tiene una causa o un origen psíquico o psicológico. La pérdida del deseo suele ocurrir lentamente con el tiempo, pero también como resultado de cambios grandes y repentinos en la vida y el cuerpo, como embarazo, lactancia, crianza, enfermedad o cirugía Neil (1996), Tordjman (1980).

2.1.1 Factores Psicológicos.

Para Arango (2008) y Kaplan (2009) dicen que existen determinantes psicológicos del deseo y en la actualidad no se comprenden exactamente cómo interactúan con las hormonas sexuales. Cuando el impulso sexual en una mujer es bajo sus niveles de testosterona pueden estar disminuidos, o puede estar deprimida por lo que los centros sexuales no responden fisiológicamente y el deseo sexual no se genera, porque hay una supresión activa, aunque inconsciente e involuntaria, causada por conflictos psicológicos.

Las alteraciones de mayor prevalencia del deseo son las de origen psicógeno. Algunas mujeres presentan grandes defensas contra su deseo sexual que evitan activamente cualquier situación que pueda movilizarlo. Son mujeres que no leen literatura erótica ni miran imágenes eróticas. No hablan de temas sexuales, posiblemente se sienten incomodas si en una conversación o una broma hay sugerencias sexuales. Evitan el contacto social con una potencial pareja sexual, también evitan el contacto físico.

Algunas mujeres han aprendido a controlar cualquier estimulo que pueda despertar su deseo y hasta son capaces de suprimirlo ante cualquier deseo erótico. Más adelante se analizan como surgen esos mecanismos de evitación como son la desconexión, las defensas inconscientes, causas remotas hasta generar propiamente la disfunción y su clasificación.

2.2 Mecanismo de “Desconexión”.

Kaplan (1982), Haley (1996) y De Bejar (2013) en sus estudios dicen que las causas posibles o antecedentes inmediatos de la disminución del deseo en la mujer son la supresión involuntaria e inconsciente, pero activa, del deseo sexual.

Las mujeres con alteración de su deseo sexual tienden a suprimirlo provocando pensamientos negativos o permitiendo que estos que emergen espontáneamente interfieran cuando se presenta una oportunidad sexual. Han aprendido a ponerse en estados emocionales negativos, concentrando su atención sobre una percepción o idea, o un recuerdo y permiten que surja una asociación de un potencial negativo.

De esta manera consiguen enojarse, asustarse o distraerse logrando activar los mecanismos naturales de inhibición fisiológica suprimiendo el deseo sexual. En términos fisiológicos, los circuitos sexuales se bloquean por la actividad de los circuitos del miedo o de cólera.

Existen diversas imágenes, asociaciones o percepciones que seleccionan las mujeres para servir como mecanismo de "**desconexión**". Por ejemplo concentrar su atención en rasgos físicos poco agradables de su pareja; obesidad, mal aliento, muslos gruesos, genitales con el fin de bloquear los centros sexuales. También puede traer a la mente un recuerdo de un comportamiento absurdo de la pareja o de alguna injusticia pasada (no le compro nada para su cumpleaños, le dijo que era una despilfarradora).

Otras mujeres usan pensamientos negativos referentes a sí mismas para "**protegerse**" de la sensación de ser atractivas: "estoy gorda", tengo los pechos demasiado pequeños o grandes".

Los recursos más utilizados para controlar su disposición erótica son recuerdos y situaciones no eróticas como el trabajo, los hijos y el dinero. En términos habituales las mujeres "**desconectan**" su impulso sexual y sentimientos eróticos causándole angustia y de esa manera movilizan las correspondientes defensas contra ellas.

2.3 Defensas Inconscientes.

Por lo general los individuos, en este caso las mujeres no se dan cuenta del papel activo que ellas mismas desempeñan en sus inhibiciones. Es un proceso que opera de manera inconsciente, automática e involuntaria lo que tienden a verse como víctimas.

Es común que tiendan a exteriorizar: no tengo interés sexual porque es gordo, es desconsiderado, necesito un macho, quiero un hombre con mejores erecciones. Las mujeres no se dan cuenta de que activa y selectivamente, aun de manera inconsciente, se concentran en lo negativo argumentando que “no sienten nada” (Kaplan, 1982 y Habert, 2006).

Sin embargo con frecuencia hay sensaciones sexuales, aunque fugitivas, contra las cuales la mujer se anestesia inmediatamente o las disminuye provocándose sentimientos antieróticos como el miedo, la tensión, el enojo, o la repugnancia. Una mujer que amortigua su deseo provocando imágenes negativas o concentrándose en ellas, lo hace porque en algún nivel de su conciencia, no quiere tener contacto sexual (Braun y Aldana, 2009).

2.4 Causas Remotas

Tordjman (1980), Masters y Johnson (1981) y Kaplan (1982, 2009) investigaron las causas y conflictos que desencadenan el mecanismo por el cual se genera disminución o inhibición de la respuesta sexual, inicialmente el deseo, donde la mujer se encuentra en una ambivalencia ante el contacto sexual.

A continuación se describen estas causas remotas:

Fuentes Leves de Angustia. Ocasionalmente el deseo se ve alterado por una simple angustia ante el acto, o por anticipación de que no habrá placer en él, o por una leve culpa residual por el contacto y el placer sexual. Ante un fracaso que la angustie la mujer “opta” inconscientemente por “no sentir nada”.

Un exceso de preocupación por complacer a su pareja o una incapacidad de comunicar sus necesidades, también es una causa de bloqueo de los sentimientos sexuales.

Es frecuente que sienta que es “culpa de ella”, inconscientemente se niega a sentir deseo, por no sentirse decepcionada y lo hace despertando recuerdos negativos.

En esta categoría de las causas leves están también las causas superficiales, las inhibiciones y prevenciones que son residuos de prohibiciones anti-sexuales culturalmente determinadas impuestas en la niñez.

Fuentes de “Nivel Medio” de Angustia. La elevada frecuencia del miedo inconsciente al éxito y/o al placer desempeña un papel importante en las causas. Es frecuente que el miedo inconsciente al éxito romántico sea la causa decisiva que condiciona la “desconexión” sexual.

La mujer sobrevalora a su pareja y se siente psicológicamente insegura por lo que inconscientemente “no quiere” sentir deseo. También el miedo a imaginarse escenas sexuales inquietantes como el incesto, la homosexualidad, el sadomasoquismo o el adulterio y por último, el miedo a ser rechazado por su pareja. El miedo inconsciente a la intimidad también es un factor etiológico en la alteración del deseo. A veces parece que se tiene más miedo a la intimidad que al contacto sexual. Hay un temor inconsciente a una relación de proximidad e intimidad, al principio se tienen buenos contactos sexuales, antes que ésta alcance cierta intimidad y se pierde cuando se llega a cierto nivel de proximidad y compromiso.

Fuentes Profundas de Angustia. El psicoanálisis ha estudiado estos problemas, y las formulaciones analíticas referentes a la etiología de las alteraciones del deseo sexual. De tal modo que la teoría psicoanalítica postula que los miedos inconscientes al daño físico, experiencias traumáticas como el ataque sexual o el incesto y/o castración, se movilizan cuando una persona que no tiene resueltos sus conflictos edípicos se enfrenta con una situación sexual en la vida adulta. En este caso las mujeres tienden a establecer transferencias parentales primitivas y patológicas con sus parejas sexuales. El marido se convierte en el "papá" con quien el acto sexual está prohibido. En tal caso se inhibe el deseo como una defensa "no adaptada" contra el incesto Drenth (2008).

El enojo. El miedo o la angustia son factores etiológicos en las disfunciones sexuales pero el enojo es una causa sumamente frecuente de la pérdida del interés sexual. El enojo como la angustia puede variar de intensidad y profundidad, también puede tener causas intrapsíquicas profundas.

La lucha de poder y el enojo provocado por decepciones en la relación de pareja pueden considerarse de "nivel medio", capaces de afectar el sentimiento sexual. También entran las peleas provocadas por personas que albergan temores inconscientes a la intimidad y el éxito al romance.

Las fuentes de enojo más graves entre un hombre y una mujer derivan de transferencias infantiles. A la mujer le enoja que su papá-marido la descuide por el trabajo, que se muestre autoritario y mandón o que la amenace con el abandono. Independientemente de cuál sea el origen del enojo la mayoría de personas no es posible sentir deseo por el "enemigo". El amor y el enojo actúan inhibiéndose recíprocamente. Un compañero sexual enojado se resiste a dar y recibir placer. Los miembros de una pareja en la cual hay una lucha de poder no quieren estar próximos uno de otro.

El enojo y el deseo sexual actúan como inhibidores recíprocos. Por ende algunas personas emplean fantasías y actos sádicos o sadomasoquistas con el fin de “descargar su enojo”. Masters y Johnson consignan que el “rechazo del compañero” es un factor significativo en los fracasos terapéuticos.

Todos estos factores que se van o han ido acumulando pueden ser el origen de la disfunción del deseo sexual.

2.5 Disfunciones de la etapa del Deseo Sexual.

Las disfunciones sexuales (también llamadas trastornos sexuales) son alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan molestias al individuo o pareja. No son enfermedades por lo que no se “curan” sino se corrigen. Las disfunciones causan angustia a la persona que las padece DSM.IV.TR (2000), Braun (2009).

En la actualidad la prevalencia de las disfunciones sexuales femeninas es muy elevada, según diferentes estudios la cifra oscila alrededor del cuarenta por ciento. Independiente de la precisión de dicha cifra, hay evidencia suficiente de que las mujeres presentan problemas sexuales en mayor medida que los hombres. No obstante no piden ayuda profesional más del veinte por ciento de las mismas (Álvarez-Gayou, 1986).

2.5.1 Deseo Sexual Hipoactivo (DSH).

El deseo Sexual Hipoactivo o también conocido como Deseo Sexual Inhibido es la disfunción cuya incidencia aumenta progresivamente. Las personas con DSH no son atraídas por la posibilidad de tener contacto sexual alguno, su impulso sexual es bajo y muchas de ellas no tienen fantasías de contenido erótico sexual (Arango, 2008).

El DSH aparece cuando la interacción entre el grado de excitabilidad neurofisiológica, la disposición cognitiva y los inductores de sentimientos y sensaciones sexuales no conducen a ningún tipo de impulso sexual, de forma que la mujer no siente necesidad o apetencia alguna de buscar placer estimulo sexual antes o después de iniciada una conducta sexual (Kaplan, 1982).

Es probable que cada persona defina el deseo sexual de diferente manera, sin embargo, diferentes estudios han reconocido los elementos que lo constituyen y que deben ser explorados en cada persona que refiera alguna queja con respecto a su impulso sexual. En base a lo descrito por los investigadores, aun se sigue investigando desde los estudios de Masters y Johnson (1996) el deseo no había sido tomado en cuenta.

Actualmente, las aportaciones de Basson (2004), las hipótesis de Levin (1984) y Fisher (2007) se pueden distinguir varios tipos de deseo dependiendo de los estímulos externos, los neurotransmisores cerebrales y las concentraciones hormonales, entre otros factores.

Para el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, 2000) el deseo sexual hipoactivo, forma parte de los trastornos sexuales, lo clasifica entre los trastornos del deseo sexual y lo refiere como: disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma constante o periódica. Se enfoca en los pensamientos sexuales, cuya baja frecuencia será descrita.

También en las fantasías eróticas, aunque las mujeres con frecuencia las utilizan de manera deliberada para mantenerse centradas en la estimulación sexual, más que en el lecho de que las fantasías sean una representación del deseo sexual.

Además de definir y explicar al deseo sexual hipoactivo se ha clasificado, mostrando sus formas clínicas de presentación, que a continuación se describen.

2.5.1.1 Clasificación del Deseo Sexual Hipoactivo. Los autores Kaplan (1982), Westheimer (1988) y Braun (2009). Clasifican al DSH en los criterios siguientes:

- **Temporalidad.** Se refiere al momento en que la disfunción apareció en la vida de la persona.

***** Primario. Cuando la persona nunca ha sentido interés o deseo sexual a lo largo de su vida

***** Secundario. Si el individuo tenía deseo e interés sexual, pero ya no los tiene o ha disminuido desde hace un tiempo determinado.

- **Situacionalidad.** Las circunstancias que lo caracterizan.

***** Global. Deseo ausente o disminuido en cualquier circunstancia o con cualquier pareja.

***** Selectivo. En una situación o con una persona en específico.

***** Parcial. El deseo sexual del individuo sólo se hace de manifiesto para que la persona se autoerotice, en ausencia de pareja.

- **Gravedad.** Leve, moderado y severo.

El hecho de que el DSH sea clasificado al momento de la aparición permite orientar la investigación de manera correcta hacia las etiologías más frecuentes, según cada caso específico.

2.5.1.2 Formas Clínicas del Deseo Sexual Hipoactivo. En la atención clínica se presentan diferentes presentaciones del DSH. Lo más frecuente es que no se presente solo, sino asociado a un trastorno de excitabilidad y/o aversión sexual (Cabello, 2010).

Generalmente la mujer acude a consulta después de un tiempo prolongado de evolución. Y cuando el DSH se presenta aisladamente se aprecian distintas posibilidades que el DSM-IV-TR (2000) propone:

- Deseo Sexual Hipoactivo de toda la vida: nunca ha existido motivación suficiente para iniciar las relaciones sexuales y ha venido pasando desde siempre y con todas las parejas.
- Deseo Sexual Hipoactivo Adquirido: en otros tiempos el deseo era adecuado pero desde ciertas fechas se ha visto disminuido.
- Deseo Sexual Hipoactivo situacional: existe en unas ocasiones pero no en otras.
- Deseo Sexual Hipoactivo general: persiste en todas las situaciones.

Cabello (2010) en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología propone las siguientes presentaciones, siempre y cuando no esté asociado a otra disfunción.

- Deseo Sexual Hipoactivo Primario. Nunca hubo un nivel de deseo adecuado.
- Deseo Sexual Hipoactivo Secundario. En otra época existió un deseo normal que ha ido desapareciendo con el tiempo.
- Deseo Sexual Hipoactivo Secundario Evanescente. Un tipo de mujeres que solo tienen deseo en la fase de enamoramiento.

- Deseo Sexual Hipoactivo Circunstancial. Mujeres que sólo están motivadas para iniciar un contacto sexual en condiciones muy concretas.
- Deseo Sexual Hipoactivo Nominal. Se podría decir que el objeto de deseo tiene un nombre.
- Deseo Sexual Hipoactivo Inoportuno. El deseo aparece exclusivamente cuando la pareja no tiene ganas.

Con el paso del tiempo estas mujeres no encuentran ningún momento para el sexo, ni fantasean, ni tienen el mínimo interés erótico pero cuando inician las relaciones puede que resulten satisfactorias. Suele ser la presión de la pareja reivindicando mayor frecuencia la que suscita ansiedad, activando un nivel de evitación sexual, que si la presión es muy fuerte, puede terminar en un auténtico estado aversivo. Mayor gravedad en relación a la calidad de vida suponen en trastorno de excitabilidad y la aversión sexual, ambos muy interrelacionados y a veces confundidos por algunos autores con el deseo sexual hipoactivo.

Es importante diferenciar el DSH del trastorno por aversión al sexo, que consiste en aversión extrema, persistente o recidivante hacia, y con evitación de, todo(o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual. Las mujeres con DSH se diferencian de la persona con aversión sexual por el hecho de que, si bien no está receptiva hacia el erotismo y lo ejerce poco, no llega a la aversión, que además de la conducta evasiva, se caracteriza por hiperactivación automática.

2.5.1.3 Factores Psicológicos del Deseo Sexual Hipoactivo. La mayoría de los autores centran su estudio en el conflicto de ansiedad y problemas de pareja pero existen otros factores como el estrés, estados depresivos y la baja autoestima. Las mujeres con trastorno de pánico y obsesivo compulsivo también se ve afectado el deseo.

El cólera es otro factor significativo para la inhibición del deseo después de la ansiedad así como el humor inestable, frágil autocontrol y déficit de autoestima (Minnen y Kampman 2000). Martínez (1999) y Cabello (2010) proponen una vez más determinar cuáles son los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores del proceso.

Se han seleccionado grupos donde encuadrar los casos y por orden de frecuencia son los siguientes:

1.- Problemas de pareja (ausencia o insuficiencia de intimidad afectiva).

2.- Disfunciones sexuales previas (dispareunia, vaginismo, vulvodinia).

3.- Desmotivación, sin nada especialmente destacable en la evaluación (anhedonia)

4.- Trastornos del estado de ánimo (depresión)

5.-Transtornos hormonales (climaterio)

6.- Medicamentos (fibratos, antihipertensivos, bloqueadores H2, diuréticos, antiandrogénos, anticonceptivos hormonales, entre otros).

7.- Otros (cirugías: mama, útero, salpingoclasia).

Se ha observado como los autores han estudiado y descrito los diferentes factores psicógenos que han sido las causas más frecuentes de las alteraciones en la etapa del deseo sexual; siguiendo con el tema se presentan otros factores que pueden alterar al deseo sexual pero en la esfera biológica.

2.6 Factores Biológicos que afectan al Deseo Sexual de Mujeres.

Este grupo etiológico se refiere a las alteraciones anatómicas y fisiológicas que se presentan como resultado del proceso de evolución biológica de las personas a las que les puede originar insatisfacción y alteración en su respuesta sexual, causando disfunción, en este caso del deseo sexual de la mujer Álvarez –Gayou, (1986).

Kaplan (1982, 2009) Dice que las modificaciones anatómicas y fisiológicas que se presentan en el organismo causando malestar o imposibilidad para cualquier actividad sexual satisfactoria repercuten directamente en el deseo sexual, ya que generalmente requieren de la anatomía y fisiología del cerebro y de los centros sexuales. Los factores fisiológicos comúnmente asociados con la alteración del deseo sexual son: la depresión, los estados de estrés grave, ciertas drogas, enfermedades (crónicas) y un bajo nivel de hormonas (testosterona). A continuación de describen:

2.6.1 Depresión.

Causa fisiológica más común, se caracteriza por una “propensión” de síntomas vegetativos que conlleva a trastornos del sueño, del hambre y del deseo sexual disminuyendo la actividad de los centros y circuitos neuronales. Es característico el hecho de que durante un estado depresivo tenga dificultades en alguna fase de la respuesta sexual (Álvarez –Gayou, 1986).

2.6.2 Estrés.

Una situación grave de estrés, como la que se experimenta en un campo de batalla, un divorcio traumático, la pérdida de un trabajo o una jubilación forzada suele ir asociada a la pérdida del interés sexual.

2.6.3 Medicamentos.

El funcionamiento de los centros sexuales depende de un equilibrio de sustancias neurotransmisoras, serotonina, dopamina, hormonas sexuales específicas y hormonas pituitarias. Cualquier alteración en el equilibrio de estas puede inhibir o disminuir el deseo (Kingston, 1993).

Los medicamentos que con mayor frecuencia están relacionados son la falta de deseo son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (narcóticos, sedantes), el alcohol en dosis elevadas, algunos anti-hipertensivos que actúan a nivel del Sistema Nervioso Central (reserpina, metil dopa) y las drogas antagonistas de la acción de la testosterona (Cabello, 2010).

2.6.4 Hormonas.

Los centros sexuales dependen de la actividad de la testosterona (andrógenos) y la prolactina (PRL) por lo que la falta o disminución de esta afecta al interés sexual.

Entre las deficiencias de testosterona está el proceso natural de envejecimiento (menopausia), estados de estrés prolongado, ablación quirúrgica o enfermedad de las glándulas productoras de testosterona y medicamentos (estrógenos antagónicos de la acción de la testosterona) (Arango, 2008).

2.6.5 Enfermedades Metabólicas.

En algunas enfermedades como la diabetes mellitus (neuropatía diabética), el 88.4 por ciento pueden llegar a tener falta del deseo. También otras condiciones neurológicas que afectan el sistema nervioso autónomo y procedimientos quirúrgicos pueden alteren la anatomía o fisiología de los centros sexuales del cerebro asociándose a disminución del deseo sexual (Kolodny, 1983).

2.6.6 Factores Endocrinos

Masters y Johnson (1996), Melmed (2008) y Sereno (2013) en sus investigaciones dicen que las alteraciones neuroendocrinológicas son otras afecciones crónicas que provocan los bajos niveles de estrógenos que disminuyen la lubricación, alteran la elasticidad de las paredes vaginales y, por lo tanto, se ve afectada la excitación repercutiendo directamente al deseo.

A continuación se describe las enfermedades de mayor interés:

a) El síndrome de Klinefelter: Es una cromosomopatía 47 XXY donde los niveles de testosterona suelen ser bajos en un 80 por ciento.

b) Hipogonadismo en mujeres: La pérdida o carencia de actividad ovárica produce un descenso del interés sexual o un retraso en la actividad sexual.

c) El síndrome de Turner (Disgenesia Gonádica): Presenta las características de estatura baja, infantilismo sexual, fenotipo femenino y su cariotipo de 45XO. La amenorrea y la esterilidad están presentes en este síndrome. El coito puede ser incómodo por la vagina pequeña.

d) El síndrome de Kallmann: Afecta por igual a varones y mujeres con el efecto de anosmia. Se observa un crecimiento de mamas y una menstruación significativa, cuando se apoya con tratamiento estrogénico, el deseo se conserva normal.
e) Menopausia prematura: Esta se presenta antes de los 35 años donde disminuyen los niveles estrogénicos.

f) Disfunción sexual en la mujer diabética: Generalmente la mujer que padece diabetes es anorgasmica este problema es gradual y progresivo. Y se desarrolla en un periodo de seis meses a un año. El interés sexual se conserva.

Los cambios neuropáticos y microvasculares pueden ser las causas; son más propensas a las infecciones vaginales. Su deseo esta disminuido, y presentan dispareunias. La falta de lubricación puede ser secundaria a uso de antihistamínicos.

g) Trastornos de la glándula tiroidea: El hipotiroidismo afecta muchos órganos del cuerpo y se divide en: Primario (donde se presentan alteraciones en la glándula tiroides). Secundario (debido a enfermedades de la hipófisis o del hipotálamo).

Los síntomas son: debilidad, fatiga general, piel seca o áspera, intolerancia al frio, lentitud al hablar, lentitud en la memoria, aumento de peso, estreñimiento, dolores musculares.

Aproximadamente un ochenta por ciento de mujeres con hipotiroidismo presenta disminución del deseo en diversos grados. Experimentan dificultades para excitarse sexualmente. También disminuye la síntesis de testosterona ovárica y suprarrenal por alteraciones en el metabolismo de los andrógenos y estrógenos.

h) Hipertiroidismo: Es un aumento de la producción de hormonas tiroideas o tirotoxicosis. Se presenta por varias causas así como la enfermedad de Graves que es más frecuente en mujeres que en los hombres. Se puede visualizar clínicamente por exoftalmos (ojos salidos), la piel caliente en exceso y húmeda por la vasodilatación cutánea y exceso de sudor, taquicardia en reposo y palpitaciones. En lo sexual se presenta aumento del deseo sexual en algunas mujeres, también cambios en su ciclo menstrual de mínimo a menorrea secundaria.

i) Insuficiencia suprarrenal: La destrucción o atrofia de la corteza suprarrenal produce una deficiencia de cortisol y aldosterona llamada enfermedad de Addison. Esta puede ser autoinmune.

Clínicamente aparecen: debilidad, pérdida de peso, hipotensión, hipoglucemia e hiperpigmentación, aumento en el sentido del olfato. Normalmente no se altera el ciclo menstrual. Hay pérdida del deseo sexual para hombres y mujeres.

J) Hipercortisolismo: Es una producción excesiva de cortisol (síndrome de Cushing). Clínicamente se refleja obesidad en el tronco, Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), debilidad, edemas, estrías, purpuras en el abdomen y cambios de personalidad. Puede ser el resultado de un tumor. La amenorrea es un dato habitual.

El deseo sexual en las mujeres es muy variable presenta diversos picos. Otras manifestaciones: disminución del atractivo físico, perdida de la autoestima, predisposición a Diabetes Mellitus.

k) Otros trastornos de la glándula suprarrenal: Tumores corticosuprerrenales feminizantes poco frecuente, el cual produce grandes cantidades de estrógeno lo que produce feminización. El deseo esta disminuido.

l) Hiperaldosteronismo: Es el exceso de aldosterona. Primario: Tumor corticosuprarrenal o hiperplasia. Secundario: Síndrome nefrótico, cirrosis, hipertensión arterial sistémica (HAS). La presentación es con hipertensión arterial e hipocaliemia la cual lleva a parestesias y debilidad muscular así como la hipotensión muscular. La disfunción en mujeres va en un 20 por ciento experimentan reducción o pérdida de la capacidad orgásmica.

m) Feocromocitoma: Es un tumor de la medula suprarrenal que produce grandes cantidades de catecolaminas. Se manifiesta con hipertensión arterial, sudoración, dolores de cabeza, taquicardia, y cambios psíquicos. La disfunción sexual no es acompañante corriente de este estado.

n) Trastornos de la hipófisis. El Hipopituitarismo generalmente por radiaciones o tumores malignos, generalmente no compatible con la vida si hay resección de esta. El principal signo es el hipogonadismo. Las mujeres se pueden embarazar y su curso obstétrico no tiene mayores complicaciones.

o) El síndrome de Sheehan. Es una de las causas de deficiencia hipofisaria su signo es ausencia de prolactina (PRL) y amenorrea secundaria.

p) La hemocromatosis. Es un acumulo de hierro en diferentes órganos también afecta a la hipófisis por consiguiente daño testicular directo, disfunción eréctil, disminución del deseo, la respuesta orgásmica en la mujer queda debilitada.

q) Estados de hiperfuncionalidad hipofisaria: Acromegalia: Tumor hipofisario produce exceso de hormona de crecimiento. Agudización de los rasgos del rostro. Prominencia de la mandíbula. En las mujeres amenorrea, galactorrea.

2.6.7 Factores Cardiovasculares

Constituyen una de las áreas donde se refleja con mayor claridad el efecto de una enfermedad sobre la actividad sexual. Infarto al miocardio: Se presenta disfunción y disminución del deseo en mujeres. Disminución en la frecuencia de coitos, abstinencia de vida sexual, en las mujeres insatisfacción sexual (Arango, 2008 y Cabello, 2010).

2.6.8 Factores Ginecológicos.

Masters y Johnson (1987) y Álvarez –Gayou (1986) investigaron los cambios y alteraciones frecuentes relacionados con la actividad sexual o en la conducta sexual; encontraron que las infecciones ginecológicas generalmente son secundarias a infecciones de transmisión sexual e infecciones de vías urinarias, estas pueden causar ciertas molestias por consiguiente dificultades sexuales tales como abstinencia, distracción o la renuncia. Las mujeres menopáusicas son blanco para las infecciones urinarias por consecuencia de la falta de lubricación. Además se pueden agregar otras infecciones externas como en la vulva esta puede ser causada por ciertas bacterias como la chlamydia o trichomonas, condilomas, herpes genital, gonorrea generalmente asintomática, sífilis, entre otras y causar vaginitis por falta de lubricación.

La Histerectomía, prolapso uterino, cistocele, rectocele puede ser por múltiples razones médicas. Y se puede alterar la sexualidad en la parte biológica y psicosocial. Y por último por temas de reproducción.

2.6.9 Enfermedades Crónicas.

Álvarez –Gayou (1986) dice que para afrontar las enfermedades crónicas no solo hay que tratar la dolencia física o metabólica, sino también las complejas situaciones psicosociales. En algún caso de enfermedades crónicas los rasgos fisiológicos y anatómicos pueden quedar afectados como el caso de enfermedades desmielinizantes, como la esclerosis múltiple que produce disminución del deseo, disfunción orgásmica femenina por alteración en la trasmisión de impulsos nerviosos, la insuficiencia renal que genera ausencia de actividad sexual, uremia, diálisis peritoneal, trasplante. La gravedad de la uremia causa grandes alteraciones en la sexualidad principalmente en el deseo, en mujeres dificultan en la excitación. El factor psicosocial forma una tensión provocada por una enfermedad amenazadora para la vida la cual ejerce su impacto no solo en la paciente sino en su familia también.

2.6.10 Trastornos Neurovegetativos

Masters y Johnson (1987) encontró que diversos trastornos de tipo neurológico pueden provocar alteraciones del deseo por ejemplo: epilepsia, cefaleas, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, distrofia muscular, miastenia grave, poliomielitis, artritis (limitación mecánica para la actividad sexual) y trastornos en el tejido conectivo, lupus eritematoso sistémico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En este capítulo, se identificaron diversas etiologías investigadas por autores como Kaplan, de las alteraciones del deseo sexual en la mujer. Se analizaron dos grupos: los factores biológicos y psicológicos. Los biológicos tales como las enfermedades endocrinas o crónicas y los psicológicos que van desde una situación de miedo, angustia o ansiedad. Se entiende que pueden ser uno o la mezcla de los dos grupos que pueden inhibir o disminuir la etapa del deseo.

CAPÍTULO III

TÉCNICAS PSICOSEXUALES PARA EL TRATAMIENTO EN LA ALTERACION DEL DESEO SEXUAL DE MUJERES ADULTAS.

Se ha hablado de sexualidad, respuesta sexual, fases de la respuesta sexual, fase del deseo, factores que pueden lo pueden afectar por lo que ahora se pondrá atención en evaluaciones y sobre todo en las técnicas encaminadas para la atención de esta disfunción. Se comienza definiendo en que consiste la terapia sexual, los tipos de terapia, además en este capítulo se describen los diferentes modelos de evaluación y las técnicas psicosexuales clásicas que han utilizado los terapeutas con buenos resultados en la atención de las afectaciones en la fase del deseo de la respuesta sexual humana en la mujer.

3.1 Terapia Sexual

Kaplan (2009) dice que las técnicas de intervención terapéutica son las formas en que el profesional, a partir de un análisis de las características del consultante, propone abordar la situación y resolver el problema. El terapeuta va eligiendo los procedimientos y técnicas estratégicamente de acuerdo a las características de la situación problemática. Desde la perspectiva estratégica, las técnicas son seleccionadas en función de su grado de efectividad en relación con el problema y su evolución, y no de una secuencia de pasos o de su pertenencia a una u otra teoría.

Kaplan (1997) y Aguirre (2006) han concluido que la terapia sexual tiene elementos fundamentales como son las experiencias eróticas específicas por prescripción, las cuales se practican en la intimidad de la habitación.

Aguirre (2006) ha investigado los diversos tipos de terapia, por ejemplo: el análisis o psicoanálisis, la terapia de pareja, la terapia grupal, la terapia psicocorporal, la terapia conductual para tratar las disfunciones sexuales basadas en transacciones terapéuticas que se llevan a cabo en el consultorio del terapeuta.

En el proceso de análisis se genera una intensa interacción emocional entre el terapeuta y el consultante. Esta relación se emplea para tener un conocimiento de los conflictos, temores y deseos inconscientes que pueden ser la raíz de las dificultades sexuales del consultante.

La sesión individual permite al consultante explorar de forma abierta y desde su propia perspectiva, la situación problemática. Este espacio personal es indispensable para que las personas puedan ordenar sus experiencias a diferencia cuando su pareja les acompaña pues requerirán de un esfuerzo mayor. Además de que la información proporcionada será privada y no se divulgara a terceros.

Las sesiones en pareja proporciona un espacio de análisis y reflexión, desde el cual pueden aprender a identificar los elementos del problema, que son producto de la forma en que se ha organizado su propia interacción y que va más allá de culparse uno a otro de lo que les está sucediendo. El proceso consiste en la identificación y modificación de las formas de interacción que se han vuelto automáticas e inconscientes.

El grupo terapéutico posibilita a que una persona adquiera una experiencia inigualable sobre su problemática, que le ayudará a identificar similitudes y diferencias entre la forma en que experimenta y vive su situación y la forma en que lo hacen otros participantes.

Las orientaciones terapéuticas psicocorporales: los masajes, los ejercicios (físicos y mentales) y la relajación, actualmente son parte del arsenal proporcionado por la orientación psicocorporal que ha venido a enriquecer los recursos terapéuticos. A pesar de la diversidad de las orientaciones psicocorporales, su fundamento consiste en que una modificación intencionada sobre la estructura corporal de la persona, piel, músculos y huesos, traerá a la par un cambio en su estructura psicológica (área emocional y del pensamiento).

Álvarez Gayou (1986) La terapia conductual es un enfoque psicoterapéutico que se basa en la modificación de la conducta mediante la teoría de aprendizaje conformada por cuatro elementos:

- Se enfoca al comportamiento evidente y especifico.
- Precisa con claridad las metas terapéuticas.
- Formula los procedimientos específicos para abordar determinados problemas.
- Evalúa en forma objetiva los resultados de la terapia.

En sentido general, ayuda al consultante a adquirir nuevos comportamientos, eliminando conductas no satisfactorias y reforzando el sostenimiento de la nueva pauta de comportamiento. La meta es la creación de nuevas condiciones para que se genere el aprendizaje. Esto confirma la teoría de que todo comportamiento es aprendido por consiguiente se puede “desaprender” y aprenderse uno nuevo.

El terapeuta conductual no se enfoca en el concepto de motivación inconsciente, lo que intenta es comprender las condiciones de comportamiento que han conformado y perpetuado, por ejemplo, la incapacidad de una mujer de alcanzar su orgasmo. Se centra en mejorar la función sexual modificando las eventualidades que refuerzan o reforzaron la inadaptación y que generaron ansiedades sexualmente destructivas y pautas de conducta antieróticas.

Para los fines de hacer terapia sexual se emplean varias técnicas complementarias, como son: La desensibilización sistemática para reducir la ansiedad, el fortalecimiento de la conducta erótica deseable y un condicionamiento negativo para eliminar modelos sexualmente destructivos.

La aplicación integral de experiencias eróticas estructuradas y en conjunto con la exploración psicoterapéutica de los conflictos intrapsíquicos de la mujer y también de la pareja, además la sutil dinámica de interacciones constituye el carácter diferencial y el concepto básico de la terapia psicosexual.

La terapia sexual postmoderna es una aproximación sistémica, cognitivo y conductual que ayuda al consultante a identificar y superar el vínculo positivo que se ha establecido entre la disfunción y su psicodinámica individual, familia de origen, pareja y su contexto LoPiccolo y Friedman (1998).

Arango (2008) y Cabello (2010) han propuesto que para evaluar las alteraciones del deseo sexual es necesario utilizar el modelo biopsicosocial e interdisciplinario que incluya una historia clínica médica completa, con exploración física, si se considera necesaria, historia sexual individual y/o de la relación de pareja y ciertos exámenes de laboratorio como son los valores hormonales (perfil ginecológico) y la determinación de la testosterona libre, pues ésta varía según las distintas edades, con el fin de recabar la información necesaria en tres áreas de la vida del consultante: desarrollo psicosexual, contexto de vida actual y factores médicos. Quizá primero en pareja y posteriormente individual.

Masters y Johnson (1996) recomienda los datos “clave” para obtener una entrevista médica- psicosexual completa:

- Motivo de consulta explicando en sus propias palabras.
- Tiempo de evolución de la problemática (primaria, secundaria, global, selectiva o parcial).
- El contexto del (de los) problema (s) sexual (s).
- Calidad erótica individual y con la pareja.
- Contexto de los encuentros sexuales (privacidad, anticoncepción, ITS).
- Calidad de comunicación erótica en pareja.
- Reacción ante la problemática en cuestión (también en pareja).
- Tipos y eficacia de tratamientos utilizados en el pasado.
- Calidad y duración de relaciones erótico-afectivas del pasado.
- Presencia de traumas emocionales, duelos, pérdidas y estatus emocional actual.
- Antecedentes de abuso sexual, físico, emocional.
- Estatus emocional y físico actuales.

Es importante diferenciar las alteraciones del deseo sexual con la aversión al sexo, que consiste en miedo extremo, persistente o recidivante hacia, y con evitación de, todos los contactos sexuales genitales con una pareja sexual Álvarez –Gayou (1986).

Para el tratamiento y la atención psicosexual se debe de analizar cada factor etiológico vinculado a lo biológico o psicológico que desencadena el problema, así mismo se requiere de voluntad y motivación para acudir a las sesiones y actuar a favor de la solución de la problemática sexual. Llevando a cabo las prescripciones y accediendo a estudios de laboratorio para un diagnóstico preciso Haley (1996).

Kaplan (1982, 1983, 2009) dice que el tratamiento de las alteraciones psicobiológicas del deseo sexual en mujeres se lleva a cabo mediante una terapia sexual orientada psicodinámicamente de forma breve que combine los conceptos y las técnicas conductivas / cognoscitivas con intervenciones psicodinámicas.

Más específicamente, las interacciones sexuales estructuradas terapéuticamente, bajo la forma de "tareas para el hogar" conductivas, comúnmente utilizadas para modificar las causas inmediatas del deseo deficiente de las consultantes, integrándose éstas con exploraciones de los problemas emocionales más profundos personales y de la pareja así como sus resistencias al tratamiento, concisas y activas psicodinámicamente.

El mismo modelo (intervenciones psicodinámicas) integrado de terapia ha sido ampliamente utilizado en el tratamiento de las disfunciones de la fase genital. Es importante mencionar que las intervenciones terapéuticas conductistas y cognitivas desarrolladas para el tratamiento de la disfunción eréctil y orgásmica no son muy efectivas para el Deseo Sexual Hipoactivo (DSH), las tareas terapéuticas asignadas a estos pacientes para el hogar, se desarrollan de diferente forma. Además, para las alteraciones del deseo sexual se utilizan protocolos conductistas completamente diferentes.

Arango (2008) refiere que las alteraciones del deseo sexual pueden ser difícil de tratar por el terapeuta, debido a sus variadas etiologías individuales, biológicas y psicológicas que lo desencadenan, por tal motivo se tiene que hacer una atención integral con otras disciplinas de la salud.

Por supuesto, para que la terapia psicosexual se lleve a cabo es necesario que la consultante y/o su pareja realicen las prescripciones y accedan a dar todos los datos posibles, así como la realización de estudios de laboratorio e interconsultas médicas, para llegar a un diagnóstico más preciso.

Por ello es conveniente analizar modelos de autores que han tenido experiencia en el tratamiento de afectaciones del deseo sexual en la mujer con la finalidad de tener más herramientas en la atención clínica.

3.2 Modelos para el Tratamiento de la Disfunción del Deseo Sexual.

Varios autores como Kaplan (1974), Annon (1975), Álvarez –Gayou (1986), Cabello (2010) han propuesto modelos para tratar la disfunción del deseo sexual así como para la investigación de los factores que lo genera. A continuación se describen estos modelos.

3.2.1 Modelo de Kaplan 1974.

De formación psicoanalítica, fue el primero en la atención del deseo. Consiste en disminuir la ansiedad y agregaba Alprazolam al tratamiento. Propuso intervenciones conductistas/cognitivas con la finalidad de modificar las conductas no sexuales compulsivas de los consultantes que conforman las causas inmediatas del DSH. Esto es muy importante, porque un axioma básico de la terapia sexual integrada es que el resultado exitoso del tratamiento de los pacientes con trastornos del deseo sexual depende completamente de la eliminación o modificación de la(s) causa(s) inmediata(s) del síntoma sexual.

En otras palabras, el impulso sexual del paciente sólo aumentará cuando las causas inmediatas, que habitualmente actúan sobre el deseo deficiente, se modifican de modo permanente.

Pero si las consultantes continúan comprometiéndose en sus habituales procesos de pensamientos y conductas anti sexuales, su motivación sexual permanecerá regulada hacia abajo y su vida sexual no mejorará, aun cuando hayan logrado o no insight sobre los conflictos subyacentes y / o la pareja haya resuelto sus dificultades de relación Kaplan (1982, 1983, 2009).

3.2.2 Modelo de Annon o PLISSIT 1976.

Annon, (1975) propuso un método conductista, por sus siglas en inglés (**P**ermission, **L**imited **I**nfomation, **S**pecific **S**ugestions, **I**ntensive **T**herapy), este modelo va desde:

a) Otorgamiento de permiso para ser como es.

b) Proporcionar información básica necesaria.

c) Elaboración de sugestiones específicas.

d) Intervención terapéutica propiamente dicha.

3.2.3 Modelo de McCarthy l995.

Álvarez –Gayou (1986) refiere que este modelo se basa en el aprendizaje de habilidades para la intimidad, cambio de actitudes, ausencia de demanda de placer por parte de la pareja y estimulación múltiple y la restructuración de cogniciones acerca de que la pareja constituye un equipo íntimo, la aceptación de una expresión sexual individual y adoptar nuevas expectativas realistas.

Refiere además que la ira, la culpabilidad y la reacción ante posibles traumas sexuales son factores que originan alteraciones del deseo. La terapia la divide en dos puntos para afrontarla:

- Romper con la ansiedad anticipatoria y elementos negativos.
- Construir un estilo de vida satisfactorio.

Las tareas de prescripción son:

- Mejorar la intimidad
- Técnicas encaminadas a incrementar la atracción entre los miembros de la pareja
- Favorecer la confianza y seguridad en la pareja
- Desarrollar nuevos escenarios sexuales

3.2.4 Modelo de Trudel 1997.

Aguirre (2011) encontró que en este modelo se cconsidera que las causas de las alteraciones del deseo son: la ansiedad anticipatoria hacia las relaciones sexuales, problemas de relación de pareja, miedo al abandono sexual asociado a cogniciones negativas, ausencia de comunicación emocional y sexual, pérdida del placer y la satisfacción, actitudes sexuales negativas, vergüenza y culpa.

Las tareas prescritas que Trudel propone son:

- Analizar las causas inmediatas y a largo plazo de lo que provoca disminución del deseo.
- Información sexual
- Ejercicios para potenciar la intimidad de la pareja
- Focalización sensorial
- Entrenamiento den habilidades de comunicación
- Entrenamiento en reforzamiento mutuo en pareja
- Reestructuración cognitiva
- Trabajo con las fantasías sexuales.

3.2.5 Modelo de LoPiccolo y Friedman (1998).

Este modelo se centra en la potenciación de los inductores externos del deseo y en cuanto al trabajo de la intimidad y la dinámica de pareja. Por lo que no es tan eficaz LoPiccolo, y Friedman (1998).

3.2.6 Modelo de Programación Neurolingüística.

Aguirre (2006) investigo que este modelo se lleva a cabo mediante los siguientes apartados: **Metamodelo:** consiste en eliminar distorsiones, generalizaciones, eliminaciones y nominalizaciones, que la consultante de forma inconsciente da en su discurso. Este modelo funciona a través de la modificación del discurso, se busca conectarlo con la experiencia vivida de la cual se había distanciado. Se aplica en los casos de generalizaciones:”todos los hombres son iguales” cuando existen eliminaciones: “no soy suficientemente atractiva”.

Durante el proceso terapéutico se le ayuda al consultante a desafiar sus oraciones, a identificar los patrones del lenguaje que ha estado utilizando para codificar su experiencia, orientarlo a construir oraciones completas, que describan la forma en que vivió sus experiencias.

Reencuadre del problema: permite presentar al consultante una perspectiva desde la cual su problema no es tan negativo como él creía. Este modelo funciona presentando el problema dentro de un contexto de referencia distinto, de manera psicológica cambia su percepción y su significado. Se aplica en los casos cuando la consultante se queja de algo: “mis pechos no son tan grandes”, “soy muy sensible”. En este caso el terapeuta presenta la queja de la consultante dentro de un contexto de referencia que la hace aparecer de forma positiva.

La terapia secreta: consiste en un esquema de intervención que no requiere de la verbalización del problema por parte de la consultante; se concentra en las consecuencias que el problema le acarrea al consultante. Este funciona cuando el terapeuta le permite modificar las consecuencias del problema tal como la consultante las está viviendo en ese momento. Se aplica en los casos de violencia y abuso sexual, infidelidad, resentimiento. El terapeuta pide a la consultante que a nivel del pensamiento lleve a cabo las indicaciones que le vaya dando y que solamente le comente la forma en que se va sintiendo.

De un estado asociado a uno disociado: consiste en enseñar a la consultante la diferencia ente un estado asociado y uno disociado en relación con la situación problemática. Funciona modificando psicológicamente el impacto emocional que la situación problemática produce en la persona. Se aplica en los casos de: miedo, angustia, temor, rechazo, furia, enojo, resentimiento.

En este caso se le pide al consultante que recuerde la situación problemática por la que está pasando pero desde la posición de espectador, viéndose y oyéndose a sí mismo como un actor que participa en una película, sin involucrarse en la escena. Si se logra ubicar en la posición de espectador se le hará fácil el manejo de la situación.

Modificación de la historia personal: consiste en mejorar la calidad de los recuerdos de la consultante.

Funciona si los referentes a los que la mente accede cuando recuerda parte de la experiencia personal son positivos, la consultante se sentirá bien.

Se aplica en los casos de: abuso sexual infantil, malos tratos, duelos, accidentes. El terapeuta le ayuda a la consultante a construir una historia personal que sustituya total o parcialmente a la vivida y la implanta como parte de sus recuerdos.

3.2.7 Modelo Gestalt

Aguirre (2006). Dice que mediante la dinámica de **la silla vacía,** permite enfrentar y contrastar las experiencias del cliente que se encuentran disociadas de sí mismo.

Al permitirle a la consultante interactuar con aquellas partes de sí mismo que no identifica como tales, éste podrá llegar a integrarlas nuevamente a su personalidad. Se aplica en los casos de celos, decepción amorosa, infidelidad, duelo.

Se le pide al consultante que interactué con las dos entidades de sí mismo que están divididas y que éste no reconoce como propias, ubicándolas espacialmente en dos sillas (frente a frente) que el consultante ocupará de forma alternada elaborando un diálogo entre ellas.

3.2.8 Modelo de Cabello y del Instituto de Andaluz de Sexología 2010.

Este modelo de Cabello es variable dependiendo de la etiología, en la siguiente tabla se muestra las divisiones en base a los factores biológicos y psicológicos para poder enfocar el posible tratamiento:

TRATAMIENTO BIOLÓGICO	**TRATAMIENTO PSICOLÓGICO**
Enfermedad crónica	**Inductores externos (pareja)**
-Alteraciones hormonales -Insuficiencia renal -Neurológicas(esclerosis múltiple) -Diabetes -Insuficiencia androgénica	-Problemas de pareja -Alteraciones de la intimidad
Tratamiento: Específico para cada enfermedad. Tratamiento farmacológico.	**Tratamiento:** -Educación sexual -Potenciar inductores externos: • La utilización de lecturas, películas • Cambiar su apariencia • Trabajar fantasías sexuales • Terapia de pareja • Trabajo con los aspectos relacionales conflictivos • Resolución de los conflictos y manejo de la ira • Terapia de grupo
Terapia sexual: ▪ Trabajar fantasías eróticas ▪ Autoestimulación ▪ Focalización sensorial ▪ Mejorar comunicación	**Inductores internos (fantasías)** -Educación moral y religiosa restrictiva -Relaciones entre padres deterioradas -Inadecuada información sexual -Experiencias sexuales traumáticas en la

▪ Seducción	infancia -Inseguridad en el rol psicosexual durante los primeros años
	Tratamiento: **-Terapia psicosexual:** • Trabajar fantasías eróticas Autoestimulación (imagen corporal: Kegel) • Autoestimulación con orgasmo • Focalización sensorial I, II, III • Mejorar comunicación, lucha de poder, miedo, intimidad.

Tabla 2. Tratamiento biológico y psicológico del deseo sexual en mujeres.

Se puede entender que las investigaciones de los modelos propuestos por autores antes mencionados generalmente han tomado en cuenta que se debe poner atención en los dos grupos de factores, Cabello por ejemplo los separa en una tabla y describe cada situación. A continuación se mencionan las técnicas clásicas que siguen siendo la base para tratar cualquier disfunción de la vida erótica.

3.3 Técnicas Clásicas de Atención Psicosexual.

Basson (2002) informo que existen diversas técnicas e intervenciones terapéuticas que pueden utilizarse en la atención de la disfunción del deseo sexual como la terapia cognitivo-conductual, cuya función es reestructurar a nivel cognitivo las falsas creencias

y los mitos con respecto a la sexualidad, por lo que la persona deberá realizar cambios conductuales hacia el sexo y el erotismo, fundamentados en modificaciones de sus creencias. Arango (2008) divide las técnicas e intervenciones en dos grupos que se muestran en la siguiente tabla:

PSICOTERAPÉUTICAS PERSONALES Y DE PAREJA	**MEDICAS**
○ Evitar causar más daño ○ Identificar a las parejas si son candidatas a terapia sexual ○ Normalizar a cada miembro de la pareja ○ Disminuir las culpas ○ Fomentar la responsabilidad de conductas de sentimientos eróticos y no eróticos en cada miembro de la pareja ○ Motivar y favorecer el bienestar sexual ○ Contribuir a que la persona obtenga más placer de la vida en general ○ Fomentar el esparcimiento, la tranquilidad y la armonía individual y de pareja ○ Fomentar la realización personal ○ Construir o reconstruir los limites ○ Propiciar la construcción de redes sociales de apoyo para cada miembro de la pareja y para la pareja como unidad	○ Evitar causar más daño ○ Conocer el estado de salud general de cada miembro de la pareja ○ Orientar y canalizar a los miembros de la pareja para la atención oportuna de las enfermedades preexistentes ○ Descubrir patologías que pueden generar la alteración del deseo ○ Dar la atención específica (paliativa o curativa) a través de nuestra intervención o por medio de la intervención interdisciplinaria a cada nuevo diagnostico medico ○ Mejorar el estado de salud física general de cada miembro de la pareja ○ Prevenir patología que puedan generar o empeorar el deseo hipoactivo ○ Reconocer, sustituir o suspender los fármacos vinculados con el deseo hipoactivo ○ Identificar y atender otras posibles

○ Lograr que cada persona conozca y reconozca su cuerpo, como propio y con sus propias características ○ Mejorar la autoestima de cada miembro de la pareja ○ Mejorar la calidad del vínculo afectivo de la pareja ○ Resolver, desarticular, minimizar o prevenir los conflictos de pareja ○ Fomentar o recuperar la asertividad y la confianza mutua ○ Mejorar la comunicación erótica y no erótica de la pareja ○ Construir o reconstruir la complicidad ○ Construir o reconstruir los objetivos eróticos y no eróticos ○ Identificar y atender otras posibles disfunciones sexuales coexistentes	disfunciones sexuales coexistentes

Tabla 3. Tratamiento médico personal y de pareja.

Kaplan (2009) investigó que los objetivos y principios básicos de terapia se limitan primeramente a aliviar los síntomas del consultante y en segundo momento el empleo de técnicas tradicionales y la combinación de experiencias sexuales prescritas.

Kaplan (2009) observó que los terapeutas sexológicos psicodinamicamente orientados no se basan exclusivamente en la prescripción de interacciones sexuales, sino que emplean una combinación integrada de experiencias sexuales y de psicoterapia. Esta combinación estructurada sistemáticamente para resolver conflictos específicos empleadas sinérgicamente, intentan modificar los impedimentos intrapsíquicos y transaccionales inconscientes que se oponen al funcionamiento sexual, constituye la innovación principal de la terapia sexual y en ella radica el éxito de su eficacia para así crear un sistema sexual libre y seguro en la pareja.

De acuerdo con este objetivo, el sistema de Masters y Johnson (1983) dice que en los primeros días debe haber abstinencia de coito y orgasmos; durante este periodo la pareja practica la "focalización sensorial" y una serie de experiencias placenteras no exigentes, más adelante la estimulación genital sin producir el orgasmo hasta que la pareja adquiera plena consciencia del placer erótico y sensual no orgásmico.

Las tareas se idean de acuerdo a las necesidades psicodinámicas de cada consultante y/o pareja. Las técnicas se utilizan sólo en los casos para:

a) Para aliviar la ansiedad de la pareja respecto al contacto físico y la proximidad.
b) Para contrarrestar la evitación defensiva de los sentimientos sensuales y eróticos.
c) Y para romper un tipo de conducta que se basa en una preocupación excesiva por el orgasmo y el rendimiento sexual, con la consiguiente falta de conciencia del placer sensual del sexo.

3.3.1.1 Mecanismos de Acción Terapéutica. Kaplan (1982), LoPiccolo y Friedman (1998) investigaron tres factores que contribuyen a la mejora de las funciones sexuales que propician las experiencias sexuales prescritas:

- Alteran el **sistema sexual** que antes había sido destructor (el ambiente tranquilo, brinda la oportunidad de aprender a hacer el amor de una forma libre y placentera). Los sentimientos a eliminar son culpa, miedo al fracaso y al rechazo.
- La resolución del **conflicto sexual** se ve facilitada cuando la pareja realiza la experiencia sexual previamente evitada. Los sentimientos a eliminar son ansiedad y culpa.
- Las tareas provocan la **emergencia de conflictos** intrapsíquicos y diádicos previamente inconscientes que luego pasan a ser blanco de la intervención y resolución psicoterapéutica. Los factores a eliminar son los prejuicios y actitudes no realistas.

3.3.1.2 Puntos importantes para Tratar Alteraciones del Deseo. En la siguiente lista Masters y Johnson (1981) proponen puntos importantes para el tratamiento del deseo.

1.- Comunicación con claridad (establecer un código personal que permita saber sobre el interés sexual).

2.- Diferenciar una invitación de una exigencia (una exigencia genera un resentimiento).

3.- Dejar que el erotismo este a fuego lento (puede no presentarse respuesta sexual).

4.- Comprender la diferencia entre rechazar una actividad y rechazar a una persona (poner atención en el momento oportuno).

5.- Emplear el arte del compromiso

6.- Una sesión amatoria no es un programa que se tiene que seguir.

7.- Transmitir con claridad cuando no hay interés sexual en ese preciso momento en el que su pareja la invita (pero podría interesarle más tarde).

8.- Ampliar el repertorio sexual (cambio de habitación, juguetes sexuales).

9.- Uso de fantasías sexuales (los mejores afrodisiacos).

10.- Identificación de los factores que se interponen a sus oportunidades sexuales (los hijos, convivencia con otros familiares).

3.3.1 Modificación de las Causas Inmediatas.

Kaplan (1982,2009) propone que para iniciar el tratamiento de las causas inmediatas se deberá enfocar primeramente en el **alivio de los síntomas** y de las **defensas contra la sexualidad**, la estructura más remota del problema se menciona solo en caso necesario para aliviar el síntoma sexual. Teniendo el material psicodinámico y transaccional se modifica la conducta neurótica, pero si sólo son directamente operativas en el bloqueo del funcionamiento sexual del consultante o si ofrecen obstáculos al progreso de la terapia.

El aumento de la conciencia de la consultante, como se mencionó en el capítulo previo, la mayoría de los pacientes no son totalmente conscientes de ser "ellos mismos quienes se desconectan". Tienden a atribuir la falta de deseo sexual por sus parejas a "una química pobre," y muchos se resisten a la idea que ello se debe a lo que se hacen a sí mismos.

Masters y Johnson (1983, 1986, 1987), Kaplan (1982,1983, 2009) y LoPiccolo (1998) diseñaron el tratamiento conductista de las disfunciones psicosexuales y lo han descrito de la siguiente manera:

El primer escalón en la terapia es aumentar el nivel de consciencia de los pacientes sobre sus conductas antisexuales y sus anti-fantasías, que determinan la supresión automática de sus deseos por sus parejas, sin su conocimiento consciente, ayudándolos a lograr un mayor control voluntario sobre sus sentimientos sexuales. Ésta es una fase importante del tratamiento, pues no puede esperarse ninguna mejora a menos que el paciente conozca cuál es su papel en el origen y mantenimiento de su problema de deseo. Para lograr dicha meta se confronta a los pacientes con sus pensamientos negativos, sus emociones y conductas específicamente antieróticas que usan para "engañar" a sus centros sexuales comportándose como si estuvieran enfrentados a un verdadero peligro. Más específicamente, al principio la de terapia, se revisa en detalle y profundidad su última experiencia negativa de la pareja. Este análisis proporciona al terapeuta la información necesaria para identificar las conductas específicamente antisexuales de la consultante (s).

Es importante para la alianza terapéutica que el terapeuta señale, cuidadosamente y de un modo enfático, no crítico, los elementos auto inducidos en la falta de deseo del paciente, evitando crear la impresión que se está censurando el problema sexual del paciente.

Una vez que los pacientes han reconocido y aceptado el hecho y han comprendido los mecanismos utilizados para desconectarse, están preparados para realizar los ejercicios cognitivos / conductuales, que se les indica para ayudarlos a controlar y modificar sus conductas compulsivas y negativas.

Kaplan (2009) señalo que el objetivo principal es la modificación de la tendencia del paciente a inhibir sus impulsos eróticos y permitir que estos sentimientos emerjan naturalmente y sin esfuerzos, tal como pasa en las personas sanas y libres de conflictos. La concentración, involuntaria y automática en ideas negativas produce una supresión de los sentimientos sexuales. Algunas de las técnicas más utilizadas para trabajar con las disfunciones sexuales esta:

Desensibilización sistemática: es un proceso que permite a la consultante lograr interactuar con el estímulo aversivo o fóbico Aguirre (2006).

Funciona al romperse la asociación psicológica entre el estímulo aversivo o fóbico y la relación emocional, éste pierde su poder como detonador de la reacción emocional. Se aplica en miedos o fobias sexuales.

En este caso, se le pide a la consultante que ella misma elabore una escala que irá de aquellos pensamientos e imágenes que le producen ansiedad hasta aquellos comportamientos que no puede manejar; una vez elaborada la escala y en estado de relajación, se le van presentando en ese mismo orden y no se pasa al siguiente hasta que el consultante se sienta tranquilo y relajado con el que está trabajando.

Wolpe 1969 (en Aguirre, 2011), es el creador de esta técnica y dijo que el comportamiento neurótico es una expresión de ansiedad por lo que el proceso de desensibilización requiere del empleo de técnicas de relajación. La tensión muscular se relaciona con la ansiedad, por lo que si la consultante aprende a relajar los músculos puede disminuirla.

Jacobson 1938 (en Aguirre, 2011), dice que por medio de la tensión y relajación sistemática de los grupos musculares se logra la disminución de la tensión muscular y obtener la relajación.

Se pide al consultante que se ponga cómodo, sin zapatos y que afloje sus prendas que le apriete. Que se acueste en el suelo en decúbito dorsal, cierre los ojos y que sólo obedezca las indicaciones del terapeuta. Después indicarle que inhale y exhale despacio de dos a cinco veces, se le pide que tensione fuertemente los grupos musculares que se le indiquen por un lapso de cinco a siete segundos y luego interrumpirlo súbitamente.

La secuencia de grupos musculares es:

Brazo derecho (incluyendo mano y hombro)
Brazo izquierdo (incluyendo mano y hombro)
Musculatura facial
Musculatura del cuello (anterior y posterior)
Musculatura del tórax, nuca y de la espalda superior
Musculatura abdominal
Musculatura perineal y nalgas
Pierna derecha (incluyendo el pie)
Pierna izquierda (incluyendo el pie)

Después de haber logrado la relajación, se hace el análisis sobre los estímulos que le provocan ansiedad al consultante, se hace una lista de mayor y menor grado a estos se le pueden dar un valor numérico por ejemplo del 1 al 10. En el proceso de desensibilización, el consultante se mantiene relajado y con los ojos cerrados, en ese momento el terapeuta describirá una serie de escenas y se le pide que se imagine en cada una de ellas.

Al inicio, es con escenas neutras, si se mantiene la relajación, se pasa a la siguiente que menor tensión le origine de la lista previamente hecha. Cuando una escena le causa tensión al consultante se le pide que señale con un dedo y en ese momento, ésta se detiene cinco segundos; luego se suspende el proceso de imaginación y se relaja cuidadosamente, para volver a la escena que le causo ansiedad, tratando de mantenerla más tiempo hasta que el consultante indique que ya no hay tensión. Luego se procede a la lista de causas que generan ansiedad y así sucesivamente.

Después que se logre vencer cada generador de ansiedad para la consultante se le pide que cada vez que se enfrente a una situación real aplique el ejercicio a su vida cotidiana y así verificar el proceso.

Desensibilización en vivo. En esta variante se somete a la situación real en lugar de imaginarla, puede llevarse a cabo mediante partes o fases y la consultante pasara por cada una de ellas hasta que la situación completa ya no cause ansiedad.

Saturación o "Flooding". En esta técnica la consultante se somete a estas situaciones a periodos más prolongados y sin el uso de respuestas alternativas.

Esta técnica funciona en los casos cuando las consultantes evitan situaciones de ansiedad que las conlleva a la disfunción. Un ejemplo es cuando una pareja no está acostumbrada a la desnudez, se le pide que permanezcan desnudos más tiempo hasta que desaparezca la ansiedad o también proyección de películas o fotos de temas sexuales por largo tiempo para reducir la ansiedad e inhibiciones Álvarez –Gayou (1986).

Entrenamiento Asertivo. Se aplica en situaciones interpersonales y es de utilidad para propiciar un cambio de actitudes. Se emplea en consultantes con dificultades para expresar ira o malestar, los que no pueden decir no, o con las mujeres que no son expresivas de afecto.

Se le pide a la consultante que represente o interprete a una mujer que siente lo contrario, por ejemplo una mujer que considere al sexo como sucio y no aceptable. Primero puede sufrir un estado de disonancia y su comportamiento puede modificarse para evitarla. Esta técnica facilita la empatía en la pareja.

3.3.2 Acentuando lo positivo y desacentuando lo negativo.

El principal objetivo de las intervenciones cognoscitivas en consultantes con alteraciones del deseo sexual es revertir su enfoque selectivo habitual sobre las percepciones, imágenes, pensamientos y emociones negativas conjuntamente con la anulación de la evitación de estímulos positivos, psíquicos y físico-eróticos, logrando que, a cambio, los pacientes enfoquen los elementos positivos de la situación. En otras palabras, se intenta que los pacientes se permitan fantasear y exponerse a la estimulación erótico física. Al mismo tiempo se intenta que se centralicen en los rasgos atractivos de sus parejas e ignoren los negativos como sucede con las personas “normales” que quieren pasar un buen momento en la cama con sus amantes.

Las tareas que ayudan a los pacientes a reconocer y a aprender cómo neutralizar sus pensamientos disfuncionales antisexuales y sus procesos negativos emocionales varían según las circunstancias y las defensas particulares contra la excitación sexual utilizada por cada uno de los pacientes.

A los pacientes que se ponen demasiado tensos frente a las experiencias sexuales se les enseña una variedad de técnicas de la relajación que pueden usar para sentirse más cómodos antes de comenzar las relaciones sexuales. Se les sugiere que, previo a hacer el amor, comuniquen sus sentimientos, preocupaciones y vulnerabilidades a sus parejas lo cual les permitirá aliviar su tensión.

Skinner, l953 (en Alvarez- Gayou 1986) dice que si una conducta operante se refuerza, ésta incrementa la posibilidad de que se repita Los métodos que se utilizan son el reforzamiento positivo donde se establece una conducta mediante el otorgamiento de una recompensa. Los reforzamientos pueden ser primarios que satisfacen necesidades fisiológicas y los secundarios psicológicas o sociales. Cuando esta técnica se aplica a la terapia se necesita:

a) Especificar con claridad cuál es la conducta deseada para que la consultante comprenda.
b) Descubrir el reforzador para la consultante dada.
c) El uso sistemático del reforzador para incrementar la conducta deseada.

El **moldeamiento** se da modificando gradualmente la conducta preexistente reforzando elementos parciales de la nueva conducta.

El **reforzamiento intermitente** varía la frecuencia con la que se da el reforzador de la conducta deseada y no entregarlo siempre. Este reforzamiento intermitente explica los ejemplos de cómo las personas siguen en los juegos de lotería o de apuestas pues reciben reforzamientos para continuar, aunque pierdan más de lo que ganan.

La **extinción** es una conducta realizada continuamente, sin ser reforzada, tiende a eliminarse. En esta técnica es necesario suprimir el reforzamiento aunque es un procedimiento lento y puede que el comportamiento se acentué antes de desaparecer.

El **modelamiento** consiste en que la consultante observa el comportamiento de un modelo y después es reforzado al imitar la conducta de éste (puede ser en vivo mediante películas o video filmaciones).

3.3.3 "Preparando El Corazón".

Schwartz y Masters, 1981(en Aguirre, 2011) investigaron que las consultantes obstaculizan la construcción de su deseo sexual pues, antes de entrar en su dormitorio, comienzan con obsesiones antisexuales. Para rechazar esta defensa, se les otorga la responsabilidad de poner su mente en un estado erótico antes de comenzar a hacer el amor con sus parejas.

A las mujeres con deseo insuficiente hacia sus parejas se les advierte siempre no mantener relaciones sexuales si no son capaces de "preparar su corazón" o de encender la "luz de su piloto". Si su mente no se halla receptiva, se les pide posponer el encuentro sexual hasta tanto puedan ponerse receptivos. Esta intervención terapéutica sirve para interrumpir el ciclo de refuerzos negativos y de dificultades funcionales que suceden cuando una persona intenta hacer el amor sin sentir deseos y, en consecuencia, encuentra dificultades. Además, se les indica las tareas físicas y mentales que produzcan fantasías o erotismo para aumentar su excitación y distraer sus ansiedades sexuales y sus anti fantasías.

La manera de dar las instrucciones es de suma importancia pues puede condicionar la respuesta de la pareja, por lo que un terapeuta sexual deberá estar libre de conflictos sobre su propia sexualidad, para dar las instrucciones de una forma clara, abierta, alentadora e incluso alegre. Para este paso la técnica diseñada por Masters y Johnson (1978), conocida como **enfoque sensitivo** es útil para proporcionar a la pareja comunicación y acercamiento.

Esta técnica permite que el consultante centre su atención en una actividad placentera, sola o con su pareja (caricias corporales, cercanía afectiva, masaje) y que no tenga por finalidad el coito.

Masters y Johnson (1983, 1996), al igual que Alvarez-Gayou (1986) mencionan que como paso inicial se prohíbe la abstinencia, es decir, que no tengan relaciones sexuales coitales ni que se produzca el orgasmo por un periodo de una semana. De esta manera se elimina la ansiedad al desempeño sexual y abre la posibilidad a que la consultante se relaje, se acerque a su pareja y aprenda a disfrutar de una nueva forma su sexualidad facilitando la aparición de los reflejos sexuales inhibidos en un primer momento. Se indica que acaricie su cuerpo desnudo y luego el de su pareja con el objeto de conocerlo, sentir placer y sentirse bien

A la siguiente semana se mantiene la abstinencia, pero se asignan las primeras experiencias que son las de explorarse y acariciarse por turnos, todo el cuerpo sin tocar pechos ni área genital. Estas caricias se harán con cariño y afecto en un ambiente de tranquilidad y placentero. El tiempo de caricias no será menos de veinte minutos para cada uno. Se debe evitar la comunicación verbal durante el ejercicio y tiene que haber buena luz; ya al final del ejercicio, continuando desnudos, se compartirán sus experiencias. En este ejercicio debe haber privacidad, una atmosfera tranquila y evitar una programación rígida, sin interrupciones. Se puede incluir un baño previo, media luz, música suave e incluso media copa de vino puede ayudar. Evitar que los ejercicios de vuelvan rutinarios o forzados a determinada hora del día.

En el ejercicio alguien tiene que ser receptivo por lo que debe concentrarse en lo que siente y percibe de las caricias de su pareja; el que da, debe concentrarse en lo que percibe, en las sensaciones que tiene: temperatura, textura, humedad y cualquier otra sensación en la zona que este explorando. El ejercicio debe realizarse al menos dos o tres veces por semana y si logra ser satisfactoria se pasa a la siguiente etapa, donde se puede agregar variables como aplicación de aceites, lociones o cremas humectantes y acariciar otras partes del cuerpo como cabello, lengua, codo, y orejas.

En la tercera etapa de caricias y reconocimiento corporal se agrega la comunicación verbal, se debe enfatizar en las percepciones de las sensaciones satisfactorias o excitantes y las que son molestas. Se indica iniciar con caricias suaves en genitales, explorar, tocar con delicadeza y sin prisa.

No se debe concentrar en los genitales, sino que se alterna caricias corporales, se instruye a la pareja explorar y acariciar ampliamente las zonas vulvares y perivulvares antes de llegar a labios menores o introducir dedos en la vagina. El clítoris merece una atención especial y el tipo de intensidad de la caricia en él. Después que ya hubo un reconocimiento corporal mediante caricias, se incluirán los pechos, genitales y zona perineal. Se da información anatómica básica antes de las instrucciones.

Esta etapa dura de una a tres semanas, sucede que después de caricias, reconocimiento corporal y genital se presenten niveles intensos de excitación pues se ha quitado el elemento de ansiedad al saber que la pareja no espera nada en especial ni que cumpla con ninguna meta. Después de haber logrado exitosamente este ejercicio se procederá a otras técnicas para algunas disfunciones específicas.

El objetivo es que estén consientes que no se tiene que llegar a la excitación para así disminuir y quitar la ansiedad. Con este ejercicio se logra promover la estimulación efectiva a la pareja. Sin embargo, se puede generar excitación y terminar en molestia por no propiciar un orgasmo. En este caso, se les da la posibilidad de masturbarse en privado, individualmente y después de terminar el ejercicio. Uno de los obstáculos que se puede presentar es que no logren terminar el ejercicio y estén ansiosos al creer que son torpes o incapaces de realizar el ejercicio. En este caso se trabaja con la seguridad y relajación del miembro correspondiente.

Si presenta ansiedad por desnudez o sentimientos de culpa por percepción de sensaciones placenteras se inicia el proceso de desensibilización.

Las consideraciones metodológicas especiales para que esta técnica alcance los objetivos es mantener la **flexibilidad**. Es importante que el tratamiento se vaya modificando para adecuarse a las dimensiones específicas de los problemas individuales.

Cuando se encuentren resistencias para reducir la ansiedad o cuando la focalización sensorial no funciona, se pueden proporcionar experiencias correctivas específicas y también para movilizar y resolver la dificultad subyacente especifica del consultante. Las tácticas que a continuación se mencionan pueden ser de gran utilidad para disminuir los asuntos de resistencia.

3.3.4 Fantasía Sexual.

Reich (1994) dice que la fantasía sexual o erótica es un poderoso incitador del deseo sexual y una parte integral de la sexualidad natural humana. Las personas que piensan que no tienen fantasías sexuales se hallan, probablemente, entre esos individuos afortunados cuya pareja es realmente su fantasía sexual. En otras palabras, cuando el amante se aproxima estrechamente al ideal o a la fantasía sexual de la persona, la realidad virtual y real erótica es tan congruente que parecieran ser idénticas.

Gutiérrez Serrano (2010) investigó que las personas cuyas fantasías no son lo que desearían que fueran, por ejemplo: las feministas que se excitan con fantasías de violación; los liberales que tienen fantasías sádicas eróticas; los hombres machistas que se excitan con fantasías masoquistas de ser dominados por una mujer; frecuentemente buscan ayuda terapéutica. Pero no existe algo como una fantasía "enferma". Las fantasías sexuales son consecuencia lógica de los procesos evolutivos de causa y efecto. Es decir: que los orígenes de las fantasías y deseos parafílicos por mencionar uno, incluyen la erotización por parte del niño de relaciones tempranas dolorosas y de sucesos traumáticos, es probable que cualquier joven sometido a un abuso emocional o psíquico desarrolle fantasías sexuales extrañas.

Generalmente, cuando una persona llega a la adultez, sus fantasías eróticas son fijas, permanentemente e inmodificables por las influencias externas. Por otra parte es inútil y potencialmente dañino que los profesionales intenten manipular las fantasías eróticas de sus pacientes. Más bien, es parte de la tarea, ayudar a los pacientes a sacar ventaja del potencial erótico de sus fantasías sexuales, ya sea con el propósito de mejorar sus relaciones sexuales o simplemente aumentar su propio placer sexual cuando se masturban.

Kaplan (2009) dice que se debe dirigir a la consultante a que utilice la fantasía al favor de su placer, independientemente de su contenido. Algunas mujeres suelen utilizar el erotismo y la fantasía para distanciarse de sus parejas y ello representa una defensa indeseable contra la intimidad. Pero la focalización en la fantasía y / o erotismo para bloquear la consciencia del consultante sobre su pareja, puede ser útil para una importante función terapéutica al desviar la ansiedad sexual y permitirle al consultante funcionar. Aprender a fantasear es especialmente útil con pacientes cuya sobre preocupación obsesiva por brindar placer a sus parejas, por su actuación, por sus ansiedades y/o sus temores a la intimidad interfieren con la construcción de su deseo y funcionamiento. Al estar absorbidas por sus fantasías, las mujeres pueden excitarse suficientemente como para tener experiencias sexuales exitosas con sus parejas. Además, saber que para funcionar pueden contar con sus fantasías, otorga a estos individuos la confianza necesaria para superar su evitación sexual.

Con las personas que pueden fantasear, se puede ir gradualmente conformando su conducta erótica hacia el logro de una mayor intimidad con el compañero a un punto tal que pueda prescindir de la fantasía. Sin embargo, en otros casos, el uso de la fantasía se vuelve una parte permanente de la conducta sexual de esa persona. Quizás tal resultado difiere de ser ideal, pero la confianza en el uso de la fantasía sexual, compartiéndola con la pareja es, por cierto, una mejor alternativa que la de no tener sexo Morin (1997).

Álvarez Gayou (1986) y Morín (1997) dicen que la fantasía sexual es uno de los medios más ricos que posee el ser humano y son el camino hacia las fuentes íntimas y la plenitud sexuales. Este campo no tiene límites por lo que puede ser un recurso muy vasto. Cuando se utiliza en la terapia psicosexual se establece el siguiente programa:

1.- Se le pide a la 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 leen en voz alta textos interesantes, no eróticos y se le pide que imagine con los ojos cerrados para después describirlos.
4.- Deberá practicar esta tarea en las consultas.
5.- Cuando tenga habilidad en las tareas anteriores se inicia la introducción paulatina de aspectos erótico-sexuales, primero gráficos, después verbales y por lectura.

Una vez establecida, se puede dirigir a incrementar la capacidad de respuesta sexual.

3.3.4.1 Expresiones gráficas de la sexualidad. Álvarez –Gayou (1986) y Gutiérrez Serrano (2010). Dicen que las expresiones graficas de la sexualidad o coloquialmente llamadas “pornografía” son representaciones descriptivas en forma escrita, grabada, dibujada, de fotografía o de película de un acto erótico-sexual. En la parte educativa, como ésta, de métodos del comportamiento, se ve cómo el empleo de esquemas, dibujos y fotografías pueden ser auxiliares educativos para información y modificación de actividades y obtención de habilidades, también son útiles para la desensibilización sistemática y en vivo, saturación, condicionamiento operante y clásico, modelamiento y estimular la fantasía. Se puede presentar dificultades para lograr consensos entre lo que se considera artístico, educativo, “pornográfico”, también dificulta establecer los límites entre una y otra categoría.

3.3.5 Excitación y Distracción.

Las experiencias sexuales estructuradas consisten en dinámicas que se prescriben a la consultante o la pareja para que las realicen en la intimidad. Esta técnica sirve para reducir la ansiedad, ante la práctica sexual propiciar una estimulación eficaz promover y desarrollar reacciones emocionales y actividades positivas así como de aceptación ante diversas prácticas sexuales, propiciar una mejor y mayor comunicación en la pareja respecto a sus preferencias y por ultimo revelar problemas y obstáculos para la relación sexual que no habían sido detectados (Álvarez Gayou, 1986).

La capacidad que tienen las fantasías de excitar y de distraer puede ser comprobada en terapia sexual de varias maneras. Como lo expresara en párrafos anteriores, los pacientes pueden hacer un buen uso del "encendido de la luz de su piloto," es decir, ponerse "a tono" antes de acercarse a su compañero. Además los efectos poderosos de la fantasía y del erotismo sexual frecuentemente proporcionan una manera de desviarse del bloqueo que despierta la ansiedad sexual y los miedos a la intimidad. Esta capacidad de "desviarse" de la ansiedad y de la ambivalencia es quizá la función más valiosa de la fantasía en la terapia sexual.

Kaplan (1982), Álvarez –Gayou (1986) y Cabello (2010) investigaron que de acuerdo con las necesidades particulares del paciente, se le pueden dar una variedad de tareas fantasiosas para que "engañe" a su ansiedad sexual. Generalmente, se les pide a los pacientes cuyo deseo por la pareja se halla bloqueado, que se sumerjan en su fantasía favorita o que miren una cinta erótica y "pongan a punto" al compañero mientras hacen el amor. Si la situación lo permite, podemos sugerirle a la pareja que comparta sus fantasías. Las fantasías compartidas pueden funcionar como un estímulo de modo tal que uno lo provoque al otro mientras éste se halla absorbida (o) por sus fantasías sexuales.

Sin embargo, cualquier número de variaciones puedes sugerirse. Por ejemplo, se le puede pedir al compañero que verbalice en voz alta mientras hacen el amor los deseos expresados por las fantasías. Esto resulta para muchos altamente excitante. Sin embargo, antes de dar esta tarea, se debe ser consciente que algunas mujeres y algunos hombres se distraen y se desconectan si su pareja emite sonidos o habla durante la relación sexual. Pero también con esta tarea se puede conseguir que la pareja se estimule mientras miran juntos algún video erótico. A veces se le pide a un integrante de la pareja, el que tenga un nivel más bajo de deseo que vea un vídeo erótico para despertar el deseo, o mirar cuadros eróticos o leer un libro de cuento erótico como un "precalentamiento" al acercarse al compañero.

Los efectos afrodisíacos de la fantasía y del erotismo pueden ser especialmente útiles para facilitar el funcionamiento sexual cuando uno de los miembros de la pareja no corresponde con la fantasía sexual del otro pero la relación resulta para ambos cariñosa, compatible y con ventajas. También estos efectos afrodisíacos de la fantasía compartida son útiles para reforzar los deseos sexuales bajos y para mejorar el funcionamiento sexual de las parejas mayores que ya no se excitan como en el pasado, pero que desean continuar haciendo el amor.

La fantasía erótica puede facilitar la persistencia de la actividad sexual cuando uno de los integrantes de la pareja desarrolla un problema físico que interfiere con el deseo sexual del otro. Por ejemplo, algunas mujeres, después de ser sometidas a una mastectomía pierden su deseo de hacer el amor con su compañero y/o evitan hacer el amor con nuevos compañeros sexuales ya que algunos hombres se "apagan" al ver que faltan los pechos. Sin embargo, una relación romántica, de amor y de apoyo constituye un importante elemento para la curación y el bienestar de mujeres con cáncer del pecho (Kaplan, 1992).

Cabello (2010) propone de este modo, que volver a tener actividad sexual es un objetivo médico y psicológico que vale la pena en estos consultantes, la consecuente y sensible introducción de la fantasía puede formar un "puente" que facilite su recuperación sexual. Usar la fantasía como complemento de la estimulación física que se proporciona la pareja es, a menudo, la única manera de ayudar a mantener una **conexión sexual** en las parejas que desean tener sexo juntos, pero en las cuales uno de sus integrantes se excita con fantasías incongruentes o con variantes sexuales que no interesan al otro: usar ropa del otro sexo, bisexualidad, sexo grupal, pedofilia, sadomasoquismo. No obstante, la aceptación de esa fantasía puede beneficiar a ambos. El deseo y la excitación que produce en el integrante que no puede funcionar sin ésta, puede terminar resultando excitante para el otro.

La ayuda terapéutica y el uso de la fantasía han salvado muchos vínculos, positivos en muchas cosas pero que hubieran fracasado por la discordancia entre sus integrantes.

3.3.6 Erotismo.

Díez (2006), Gutiérrez (2010) y Aguirre (2011) investigaron que el erotismo, al igual que las fantasías puede también ser utilizada como una herramienta terapéutica para reforzar el deseo sexual, evitar la ansiedad sexual y para distraer a los pacientes de sus pensamientos antisexuales. Sin embargo, algunos autores han objetado su uso porque creen que algunas de sus formas, como la pornografía sadomasoquista y cierto material heterosexual que muestra a las mujeres en roles sumisos, generan en los consumidores comportamientos sexuales violentos y misóginos. Pero éste es un mito, pues a partir de la experiencia clínica, se revela que sólo cierto material erótico que la persona relacione con su fantasía sexual presente desde su niñez, puede resultarle francamente excitante.

Todos los otros escenarios que no coincidan con "el mapa de amor" de la persona, rápidamente la aburren o pueden ser percibidos como negativos. La habilidad erótica de dar en el blanco e iluminar las fantasías eróticas latentes se consideran similares a un tesoro enterrado, permiten que ella constituya un instrumento diagnóstico ideal para descubrir las fantasías sexuales ocultas de las personas.

Algunas mujeres con escaso deseo sexual manifiestan no tener fantasías sexuales. En tales casos, suponemos que estas personas han bloqueado, reprimido o suprimido sus fantasías sexuales. Con las mujeres de bajo deseo y pocas fantasías, la fantasía se puede usar, con capacidad de diagnóstico como una sonda para descubrir fantasías ocultas, potencialmente excitantes. Es decir, se le proporciona a la consultante la oportunidad de reaccionar frente a un amplio menú de material erótico: libros, fotografías y videos; durante las sesiones de terapia, se analizan sus reacciones.

Este proceso puede llevar a un inesperado descubrimiento de fantasías y deseos sexuales que permanecían latentes y que a partir de ese momento se vuelven accesibles y útiles para la terapia.

El material que se elige para descubrir las fantasías latentes, depende del contexto cultural y educativo del paciente. Los videos eróticos y/o pornográficos son especialmente eficaces para descubrir las fantasías reprimidas, porque dicho material visual absorbe mucho a las personas. Las películas posibles incluyen algunas que son de educación sexual. Estos videos pueden darse a pacientes más tradicionales e inhibidos que podrían sentirse ofendidos con un material grotesco.

Dichos videos educativos si bien sirven para la educación sexual y para desensibilizar la ansiedad sexual, a muchos no les resultan excitantes. Las mujeres que a veces contradicen las imágenes de falos erectos de los cuales brota semen pueden sentir mayor tolerancia frente a películas porno "suaves", como todas las "Emanuelle" y el

"Último Tango en París". Estos productos son especialmente útiles para descubrir las fantasías latentes femeninas.

Hay también una gran cantidad de videos homoeróticos que son sumamente excitantes para las mujeres homosexuales y bisexuales, como así también para las heterosexuales. La reciente aparición del "sexo telefónico," que permite a mujeres escuchar, con sólo marcar un número telefónico, una voz masculina o femenina describiendo una variedad de escenas eróticas explícitas ha agregado al armamento del terapeuta sexual otra herramienta de diagnóstico erótica y afrodisíaca no química.

3.3.7 Masturbación.

Gutiérrez (2010) investigó que la masturbación o **estímulos eróticos externos**, al igual que la fantasía sexual, es un aspecto natural, integral de la conducta sexual humana.

La masturbación es la forma más temprana de expresión sexual humana. La mayoría de los bebés se tocan sus genitales si bien se lo permite la coordinación de sus manos; esta conducta, reforzada por las sensaciones agradables que les producen, se vuelve habitual. Sin embargo, la temprana conducta masturbatoria puede llegar a originar vergüenza, culpa, temor, y conflicto sexual cuando los padres que están incómodos con su propia sexualidad, así como aquéllos con actitudes moralistas y antisexuales, tachan estas tempranas exploraciones masturbatorias, llegando incluso a castigarlas físicamente.

A pesar de la culpa y vergüenza que sigue a la masturbación la mayoría de hombres y mujeres en nuestra sociedad ha experimentado su primer orgasmo a través de la autoestimulación y, si bien los orgasmos alcanzados por masturbación raramente son tan excitantes o tan placenteros como los que se comparten con un amante, siguen siendo, para la mayoría de las mujeres la manera más fácil y más fiable de lograr el clímax.

La **autoestimulación** frecuentemente es útil cuando la consultante no puede reaccionar con su pareja es decir cuando la consultante no se siente cómoda con sus sentimientos sexuales y cuando los problemas de intimidad juegan un papel significativo.

Con frecuencia la autoestimulación es importante en el tratamiento de las mujeres que padecen deseo sexual inhibido y nunca han experimentado un orgasmo. Es necesario experimentar, sentir y aprender a estar cómoda con sus sentimientos y sensaciones sexuales y con el orgasmo cuando se está sola. La presencia de su pareja puede ser un motivo de inhibición.

En algunas situaciones clínicas es conveniente incorporar actividades autoeróticas; una mujer se siente más segura cuando sabe que, de no poder alcanzar el orgasmo en el coito, puede proporcionárselo por sí misma, mientras sigue sintiéndose aceptada por su amante.

Los ejercicios masturbatorios benefician a mujeres inhibidas por la “culpa clitoriana” es decir que la única manera de llegar a la orgasmo es mediante el coito y sin ayuda de su clítoris. Las tareas masturbatorias son valiosas herramientas terapéuticas en terapia sexual, sirviendo para numerosos propósitos (Cabello, 2010 y Kaplan, 1982,1983).

Estas tareas suelen darse a los pacientes sexualmente bloqueados como un punto de arranque del cual posteriormente surgen conductas sexuales para realizar con sus parejas.

La autoestimulación mediante el uso de fantasías es una de las primeras tareas terapéuticas prescriptas dependiendo de la situación, se pueden asignar tareas masturbatorias para que la consultante las realice solo, durante o después del contacto sexual con el compañero. A los pacientes que se bloquean con sus parejas pero que poseen una respuesta normal frente a la autoestimulación, se les asigna tareas "masturbatorias paralelas".

En estos ejercicios, la pareja empieza a hacer el amor con un juego previo y/o con estímulo genital, o mirando juntos un video erótico. En cierto momento de la excitación, ambos miembros de la pareja se autoinducen el orgasmo. En otras situaciones, se le sugiere al integrante de la pareja con bajo deseo que permita que su pareja lo estimule, haciéndole detener al llegar al máximo de excitación. Luego, se le pide al paciente que se masturbe en presencia de su pareja hasta alcanzar el orgasmo.

Cuando la inhibición sexual del paciente es seria, podemos "reducirle" la tarea y le pedimos que después de estimularse con su pareja se masturbe sola en otro cuarto (Masters y Johnson, 1979, 1981, 1983,1987, 1996).

Kaplan (1982) y Valdez (2001) encontraron que muchos pacientes se sienten al comienzo avergonzados frente a las tareas de autoestimulación y se resisten sobre todo si tienen que llevarlas a cabo delante de su pareja. Pero si la pareja apoya esa conducta o, como sucede frecuentemente, se excita mirando cómo se masturba su amante, ello puede resultar muy saludable, permitiendo el comienzo del proceso de movilización de la pareja hacia una mayor intimidad y hacia un erotismo compartido.

La visión del terapeuta sobre la masturbación como un hecho natural, así como su estímulo y "permiso" para que los pacientes disfruten con la auto estimulación, sobre todo cuando ello se ve complementado por las respuestas positivas del/de la compañero/a, puede ser una experiencia emocional correctiva y muy liberadora para los individuos cuya visión negativa sobre la masturbación contribuye a su incapacidad para funcionar con sus parejas.

3.3.8 Modificación de las Técnicas Masturbatorias.

Katchadourian (1983) y Ladas (1990) investigaron que la mayoría de las mujeres alcanzan su clímax a través de un movimiento rítmico de rotación de su dedo índice en su clítoris.

Estas técnicas masturbatorias comunes rápidamente se trasladan a la relación sexual con la pareja. Sin embargo, algunas mujeres están acostumbradas a masturbarse de maneras extrañas que no pueden transferir fácilmente a la relación de pareja. De hecho, sus técnicas de masturbación pueden interferir en la relación sexual e inhibir el deseo sexual de una persona.

Cuando el examen de la condición sexual de la consultante revela que su conducta masturbatoria sigue un modelo idiosincrático, constituyendo uno de los factores que lo incapacita para sentirse normalmente excitada y desear a su pareja, pueden darse sólo a la mujer "tareas maturbatorias" antes de involucrar a su pareja en el tratamiento (Masters y Johnson, 1981).

Las mujeres que utilizan métodos extraños o no manuales de auto estimulación, pueden necesitar un “reentrenamiento masturbatorio" como una etapa importante de su rehabilitación sexual. Entre ellas se incluyen quienes exponen su clítoris al agua corriente y las que se acostumbraron a alcanzar el orgasmo apoyándose en el estómago y apretando rítmicamente los músculos del muslo o friccionando sus genitales contra una almohada (Westheimer, 1988).

3.3.9 Reacciones Adversas.

Reich (1983), Valdez (2001) y Habert (2006) en sus estudios encontraron que la fantasía, el goce frente al erotismo y a la masturbación, o el "derramar la semilla," son, para los judíos Ortodoxos y los católicos romanos devotos, pecados mortales.

Estas tareas no deben ser dadas, salvo como un último recurso, a los consultantes de alguna de estas religiones. Si bien son remedios poderosos, estas intervenciones no son fundamentales en el tratamiento de pacientes con alteración del deseo sexual y generalmente, el terapeuta creativo puede encontrar alternativas.

Por ejemplo, si una mujer judía ortodoxa dice que no se le permitía mirar a otros hombres que no fueran su esposo en posiciones eróticas, se le pide que ponga en el "cuadro" a su esposo. El imaginarse los genitales de su esposo y su cuerpo resulta eficaz para despertar el deseo de esta mujer, sin que tuviera que cometer "adulterio en su corazón." A veces uno de los integrantes de la pareja muestra objeciones frente a la sugerencia del terapeuta, pues considera que el consultante sintomático fantasea o utiliza la pornografía para intensificar su impulso sexual. Esto presenta un dilema terapéutico que debe ser manejado con la mayor sensibilidad.

A lo largo del capítulo se analizó los modelos de atención y las técnicas psicosexuales para el tratamiento de las alteraciones del deseo sexual en mujeres las cuales resultan eficaces si son bien dirigidas cuando se hace una valoración integral del estado de salud física y psicológica.

CONCLUSIONES

El análisis de este trabajo acerca de las alteraciones del deseo sexual en mujeres en su etapa adulta temprana que, de acuerdo a Masters y Johnson comprende de los 20 a los 40 años, posiblemente sea una disfunción sexual compleja a la que se puede enfrentar un terapeuta, no sólo por la notable variación de manifestaciones que se encuentran (el desinterés por la sexualidad, poca disposición al encuentro sexual, la fobia sexual, la anestesia genital), sino porque también son la expresión de diversas alteraciones, disfunciones y conflictos debido a la gran cantidad de etiologías individuales, biológicas y psicológicas que lo pueden desencadenar. Es por ello que la educación sexual desde la infancia, así como en la adolescencia, es fundamental, ya que actualmente la siguen presentando únicamente en un plano reproductivo. A manera de propuesta se pueden implementar programas adaptados a esas etapas de la vida, no sólo con el enfoque de la reproducción, sino en educación del placer y erotismo. Pues la falta de conocimiento sobre el cuerpo y su funcionamiento puede generar alteración a la respuesta sexual.

Las alteraciones del deseo sexual en mujeres y su relación con los factores psicológicos y biológicos estudiados, se observaron diferencias en dos sentidos: En el primero hay una disminución en las características que se relacionan con conductas dirigidas a la acción, metas precisas y autoreflexivas que al no predominar, constituyen un factor de riesgo para disminuir el deseo sexual. En el segundo existe gran variedad de etiologías, como deficiencias hormonales que tienen un gran impacto en lo sexual porque el sistema endocrino está íntimamente relacionado al SNC, la depresión, el estrés excesivo, enfermedades crónicas y otras disfunciones sexuales así como algunos fármacos no se les ha puesto mayor atención por una carencia metodológica en los estudios clínicos complementarios. Sin embargo, dentro de estos factores que ya se mencionaron predomina el temor, sobre todo al conocimiento del cuerpo, a sus reacciones, al placer, a todos los constructos socioculturales que limitan la expresión del deseo y que ésta limitación se traduce como ansiedad, angustia, originando la desconexión como lo refiere Kaplan.

En esta revisión se observó que el temor a la sexualidad y la baja autoestima, debido a una percepción negativa del desempeño sexual, disminuyen el deseo sexual, lo que provoca temor al fracaso bloqueando la posibilidad de la práctica sexual satisfactoria. Por otro lado, las características de sometimiento por parte del constructo social machista hacia las mujeres, resulta ser un indicador de riesgo para el ejercicio de la sexualidad, por las actitudes de abnegación, dependencia, resignación y timidez. Todos estos factores están condicionados o íntimamente ligados a la situación sociocultural de cada individuo, en este caso de la mujer.

En los antecedentes sexuales, se identificó que la experiencia sexual infantil traumática genera temores a la sexualidad y problemas conyugales. Esto coincide en algunos aspectos con lo investigado por Basson (2002), que refiere que hay nuevas evidencias de que los factores psicológicos que inhiben el deseo sexual de mujeres son principalmente los antecedentes de experiencias sexuales traumáticas en la infancia, lo cual se relaciona con el funcionamiento sexual, específicamente el impacto en el deseo sexual. Lo conveniente en este tema es generar una cultura de prevención y autocuidado, libre de tabúes, para generar respeto y confianza en las personas que están descubriendo su sexualidad. El tema de la prevención debe ser desde el núcleo familiar con información clara, sobre todo científica, con la finalidad de evitar experiencias sexuales tempranas, generalmente traumáticas, y que estadísticamente son causadas por personas cercanas a la víctima.

En cuanto a otros temores a la sexualidad que afectan directamente la respuesta sexual femenina se debe a factores como: no alcanzar el orgasmo, a no responder debidamente a las expectativas de su pareja todo esto precedido por un enojo, angustia y ansiedad de manera inconsciente que las lleva a la distracción, y que activa directamente los mecanismos fisiológicos de inhibición del deseo sexual.

Todos estos factores están reforzados por la falta de experiencia. Otra observación importante es que el deseo sexual hipoactivo femenino está vinculado a un mal funcionamiento con la pareja, por mencionar algunos factores como la comunicación, estatus sociocultural, profesional, edad y hasta el factor religioso, por lo que se convierte en un factor determinante para su tratamiento. Aislar estos factores es importante para detectar los detonantes relacionados con la alteración del deseo sexual de mujeres, pues el objetivo es aportar indicadores de riesgo que puedan facilitar los planes de intervención terapéutica con una mayor especificidad. Para esto, los modelos de Annon y McCarthy son de gran ayuda para una evaluación inicial pues estos proponen como primer paso disminuir la ansiedad, angustia y posteriormente generar un "autopermiso" a la mujer de tener derecho al placer y al deseo, y en tercer plano dar información científica a la consultante.

Las técnicas terapéuticas psicosexuales investigadas en este trabajo, son las que más se adecuan en la atención de las alteraciones del deseo sexual de mujeres adultas. Existen otras, pero no tienen el enfoque específico hacia la mujer ni a la fase del deseo. Pues en el primer modelo de Respuesta Sexual propuesto por Masters y Johnson no lo incluyó, la fase del deseo se propuso tiempo después por Kaplan, posteriormente Álvarez Gayou también lo menciono como estímulo sexual efectivo.

Las técnicas vigentes y más adecuadas en la práctica clínica para atender las alteraciones del deseo sexual consideran a los factores psicobiológicos de gran importancia para llegar a los posibles diagnósticos. Las técnicas clásicas siguen siendo las de mayor uso, como son el enfoque sensitivo, la desensibilización sistemática y el entrenamiento en el erotismo. La terapia cognitivo-conductual también es de gran ayuda en el tema del deseo, porque tiene el objetivo de reestructurar a nivel cognitivo las falsas creencias y los mitos con respecto a la sexualidad. De esta manera la mujer puede realizar cambios conductuales hacia su sexualidad y erotismo, fundamentados en cambios de creencia.

La técnica de “focalización sensorial” sin exigencia de coito genera un reacercamiento físico y emocional de los miembros de la pareja que presentan algún conflicto, su finalidad es mejorar la comunicación erótica personal de la pareja, también se utiliza para desarrollar empatía, resolver conflictos y establecer acuerdos.

Las intervenciones terapéuticas psicosexuales además de los estudios complementarios deben estar encaminados a generar perfiles para esta disfunción sexual con sus coincidencias y sus diferencias por medio de indicadores relacionados, es por ello que este abordaje debe realizarse de manera integral y eficiente pues el deseo sexual femenino se ve afectado por diversas etiologías, en su mayoría psicológicas y en menor grado, pero no en importancia, las causas biológicas. Una vez que se llegó al diagnóstico o se identificó el factor causante, se debe adaptar las técnicas más adecuas para su tratamiento, siempre con apertura a cualquier enfoque psicológico pues el cerrarse a otros enfoques puede desviar la efectividad de la terapia.

La educación sexual es un factor clave para vivir la sexualidad de forma sana, placentera y obtener la máxima satisfacción en las relaciones íntimas, esto se logra teniendo un conocimiento de la anatomía corporal y el funcionamiento de los sistemas en especial de los órganos sexuales así como una conciencia plena de que se puede disfrutar de la sexualidad a cualquier edad, esta información deberá ser clara, natural y científica. El terapeuta debe ser un educador, acompañante desde un plano profesional, con actitud de empatía, cuidando siempre de no perder la objetividad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre, E. (2006). *Sexo, Sexualidad, Género y Erotismo*. México: B.U.A.P. Dirección de Fomento Editorial
2. Aguirre, E. (2011). *Los Mapas del Género, el Amor y el Erotismo*. México: B.U.A.P. Dirección de Fomento Editorial
3. Álvarez –Gayou, J.L. (1986). *Sexoterapia Integral*, México: Manual Moderno.
4. American Psychiatric Asociation (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*: DSM-IV-TR. Washington: APA.
5. Annon, J. (1975). *The Behavioral treatment of sexual problems*. USA: Harper and Row
6. Arango, I. (2008). *Sexualidad Humana*. México: Manual Moderno.
7. Azcárraga, G. (1976). *Sexología Básica*. México: La Prensa Médica Mexicana
8. Basson R., Leiblum S., Brotto L. (2004). *Revised definitions of women´s sexual dysfunction*, Journal of Sexual Medicine, 1 (1).
9. Basson, R. (2002). *Women´s sexual desire-desordered or misunderstood?* Journal of sex and marital Therapy, 28, suppl 1, 17-28.
10. Braun, M. y Aldana, A. (2009). *Sexo sin dolor*. México: Grijalbo
11. Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual.* España: Síntesis
12. De Béjar, S. (2013). *Deseo*. España: Océano
13. Díez, I. y Martín, A. (2006). *Venus Venerada*. España: Complutense
14. Drenth, J. (2008). *El origen del mundo*. Argentina: Araucaria
15. Ellis, A. (1965). *El Arte y Técnica del Amor*. México: Grijalbo
16. Fisher, H. (2007). *Porque amamos*. Barcelona, España: Ana Grana
17. Gutiérrez, J.L. (2010). Prácticas Eróticas y Sexuales. México: BUAP Dirección de fomento editorial.
18. Habert, P. (2006). *Los secretos del placer*. España: Swing
19. Haley, J. (1996). *Aprender y Enseñar Terapia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores
20. Kaplan, H. (1982). *Trastornos del deseo sexual*, Barcelona: Grijalbo.
21. Kaplan, H. (1983). *Manual Ilustrado de Terapia Sexual*. Barcelona: Grijalbo
22. Kaplan, H. (2009). *La Nueva Terapia Sexual*, t1-2. España: Alianza Editorial

23. Katchadourian, H. (1983). *La Sexualidad Humana*. Un estudio comparativo de su evolución. México: Fondo de Cultura Económica
24. Kingston, J (1993). *Sexual pharmacology*. Oxford University: Clarendon Press. Pag 130
25. Kolodny, R. (1983). *Tratado de Medicina Sexual*. Barcelona: Salvat
26. Lacroix, N., (1988). *Masaje Sensual*. 2ª Edición. España: Editorial Everest
27. Ladas, A., Whipple, B., Perry, J. (1990). *El punto "G"*. México. Grijalbo.
28. Leiblum, S. y Rosen, R. (2000). *Principles and practice of sex therapy.* 3ª Edition. New York: The Guilford Press
29. Levine, S.(1984) *An essay on the nature of sexual desire*, Journal of Sex and Marital Therapy, 10:83-96
30. LoPiccolo, J. y Friedman, J. (1998). *Broad-spectrum treatment of low sexual desire*. En Leiblum, S. y Rosen, R. Sexual desire disorders. New York: The Guilford Press
31. Lopiccolo, J., Heiman, J. (1988). *Disfruta de tu Cuerpo*. 3ª Reimpresión. México: Editorial Pax México
32. Martínez, R. (1999). *Psicosexualidad y conducta humana*. Chile: Universidad de Concepción, Facultad de Ciencias Biológicas.
33. Maslow, A J. (1985). *El hombre autorrealizado*. 6ºEd. Argentina: Kairos.
34. Masters, W. y Johnson V. (1979). *Respuesta Sexual Humana*. Argentina: Intermédica.
35. Masters, W. y Johnson V. (1981). *Incompatibilidad Sexual Humana*. 2ª Edición en Español. Argentina: Intermédica
36. Masters, W. y Johnson, V., (1983). *El vínculo del placer*. México: Grijalbo
37. Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R., (1987). *La Sexualidad Humana*. Tomo I, II y III. Barcelona: Grijalbo
38. Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R., (1996*). Eros*. Los Mundos de la Sexualidad. Barcelona: Grijalbo
39. McCary, J. (1996). *Sexualidad Humana*. México: Manual Moderno
40. Melmed, S; Polonsky, K; Larsen P. (2008).*Williams Textbook of Endocrinology*. 11th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; cap 19.

41. Minnen, A. y Kampman, M. (2000). *The interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in woman with anxiety disorders*. Sexual and relations-hip Therapy, 1 (15)
42. Morin, J. (1997). *La mente erótica*. México: Aguilar Respuesta
43. Neil, R. (1996) *Fundamentos de psicología fisiológica*. 3aEd: USA: Prentice Hall
44. Reich, W. (1994). *La función del orgasmo*. México: Paidos
45. Reich, W., (1983). *La Revolución Sexual*. México: Ediciones Roca
46. Rubio, E. (1994). *Antología de la sexualidad humana*, t. I, México: Porrúa.
47. Sanz, F. (2011).*Psicoerotismo Femenino y Masculino*. 8ª Edición. Barcelona: Editorial Kairós
48. Sereno, JA. (2013). *Guía de Ginecología*. México: Nieto Editores
49. Tordjman, G., (1980), *Realidades y Problemas de la Vida Sexua*l. Barcelona: Editorial Argos Vergara
50. Valdez, L. (2001). *El Don de la Sexualidad*. México: Obra Nacional de la Buena Prensa.
51. Westheimer, R. (1988). *Guía Sexual de la Pareja*. México: Roca