

TRATAMIENTO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Dr. Mark Musé



(2.^a edición, revisada y ampliada)



MADRID, 2013

NOTA IMPORTANTE

Con el fin de facilitar el uso de las fichas por parte de los terapeutas y de sus pacientes, se autoriza expresamente la fotocopia de las fichas, como se indica al pie de las mismas, y la reproducción del CD de audio.

Esta reproducción se autoriza exclusivamente para fines terapéuticos con los propios pacientes. Se prohíbe expresamente la reproducción de cualquier otra parte de la obra y la reproducción de las fichas para cualquier finalidad ajena a la terapia de las disfunciones sexuales.

Copyright © 1994, 2013 by Mark Musé.

Copyright © 1994, 2013 by TEA Ediciones, S.A.U., Madrid, España.

I.S.B.N.: 978-84-15262-

Depósito Legal: M-xx.xxx - 2013

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

Edita: TEA Ediciones, S.A.U.; Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28036 Madrid, España.

Printed in Spain. Impreso en España.

TRATAMIENTO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Manual terapéutico

Mark Musé

Psicólogo médico

Con la colaboración de:

Carole Hopkins

Psiquiatra

Joan Oliveras

Ginecólogo

Eduard Ruiz

Urólogo y andrólogo

Dibujos originales:

Glòria Frigola i Mussons

Terapeuta familiar

Grabación del CD:

Raúl del Río

Licenciado en Psicología

ÍNDICE

NOTA A LA SEGUNDA EDICIÓN	9
ACERCA DE LOS AUTORES	11
FICHA TÉCNICA.....	13
PREFACIO A LA PRIMERA EDICIÓN	15
PRÓLOGO	17
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	19
CAPÍTULO II. ENFOQUE SENSORIAL	23
CAPÍTULO III. INAPETENCIA SEXUAL.....	31
CAPÍTULO IV. DISFUNCIÓN ERÉCTIL	51
CAPÍTULO V. EYACULACIÓN PRECOZ.....	67
CAPÍTULO VI. EYACULACIÓN RETARDADA	81
CAPÍTULO VII. DISFUNCIÓN ORGÁSMICA	101
CAPÍTULO VIII. VAGINISMO	115
CAPÍTULO IX. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS PARAFÍLICOS.....	127
PARTE I. INTRODUCCIÓN A LAS PARAFILIAS.....	127
PARTE II. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS PARAFILIAS MÁS FRECUENTES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	134
CAPÍTULO X. CONCLUSIONES	163
APÉNDICE. GUIÓN DEL CD. ENTRENAMIENTO ACTITUDINAL EN SEXUALIDAD	165

LISTADO DE FICHAS

CAPÍTULO II. SENSATE FOCUS: MÉTODO DE ENFOQUE SENSORIAL

Ficha 2.1. Primer paso: Enfoque sensual (Pareja)	29
Ficha 2.2. Segundo paso: Enfoque sexual (Pareja)	30

CAPÍTULO III. INAPETENCIA SEXUAL: MÉTODO DE AUTOPLACER

Ficha 3.0. Preparación: Recursos audiovisuales (Pareja).....	37
Programa A: Inapetencia primaria	
Ficha 3.1 A. Primer paso: Imaginación romántica (Hombre).....	38
Ficha 3.2 A. Primer paso: Imaginación romántica (Mujer)	39
Ficha 3.3 A. Segundo paso: Estimulación sensual con imaginación romántica (Hombre)	40
Ficha 3.4 A. Segundo paso: Estimulación sensual con imaginación romántica (Mujer).....	41
Ficha 3.5 A. Tercer paso: Estimulación sexual con imaginación (Hombre).....	42
Ficha 3.6 A. Tercer paso: Estimulación sexual con imaginación (Mujer)	43
Ficha 3.7 A. Cuarto paso: Autoestimulación compartida (Pareja)	44
Ficha 3.8 A. Quinto paso: Estimulación mutua (Pareja).....	45
Ficha 3.9 A. Sexto paso: Coito compartido (Pareja)	46
Programa B: Inapetencia secundaria	
Ficha 3.1 B. Primer paso: Autoestimulación con observación (Pareja).....	47
Ficha 3.2 B. Segundo paso: Estimulación mutua con fantasías compartidas (Pareja)	48
Ficha 3.3 B. Tercer paso: Coito con expresión verbal compartida (Pareja).....	49
Ficha 3.4 B. Cuarto paso: Sexo libre (Pareja)	50

CAPÍTULO IV. DISFUNCIÓN ERÉCTIL: MÉTODO DE AUTOAFIRMACIÓN

Ficha 4.1. Primer paso: Estimulación sensual con imaginación romántica (Hombre)	57
Ficha 4.2. Primer paso: Estimulación sensual con imaginación romántica (Mujer).....	58
Ficha 4.3. Segundo paso: Estimulación sexual con imaginación (Hombre).....	59
Ficha 4.4. Segundo paso: Estimulación sexual con imaginación (Mujer)	60
Ficha 4.5. Tercer paso: Autoestimulación compartida (Pareja)	61
Ficha 4.6. Cuarto paso: Autoestimulación asistida (Pareja).....	62
Ficha 4.7. Quinto paso: Estimulación gratuita (Pareja)	63
Ficha 4.8. Sexto paso: Autoestimulación cerca de los genitales de otra persona (Pareja)	64
Ficha 4.9. Séptimo paso: Estimulación mutua (Pareja).....	65
Ficha 4.10. Octavo paso: Coito con autoestimulación (Pareja)	66

CAPÍTULO V. EYACULACIÓN PRECOZ: MÉTODO DE PARADA Y ARRANQUE

Ficha 5.1. Paso preliminar: Familiarización con el umbral del orgasmo (Pareja).....	72
Ficha 5.2. Primer paso: Autoestimulación con parada y arranque (Hombre).....	73
Ficha 5.3. Primer paso: Autoestimulación con parada y arranque (Mujer)	74
Ficha 5.4. Segundo paso: Parada y arranque compartidos (Pareja).....	75
Ficha 5.5. Tercer paso: Estimulación mutua con parada y arranque (Pareja)	76
Ficha 5.6. Cuarto paso: Estimulación intravaginal con parada y arranque. Mujer en posición superior (Pareja)	77
Ficha 5.7. Quinto paso: Coito libre con parada y arranque (Pareja).....	78
Ficha 5.8. Sexto paso: El «puente» con parada y arranque (Pareja).....	79

CAPÍTULO VI. EYACULACIÓN RETARDADA: MÉTODO DE AUTOIMPLICACIÓN

Programa A: Eyaculación retardada por distracción

Ficha 6.1 A. Primer paso: Focalización corporal (Hombre).....	88
Ficha 6.2 A. Primer paso: Focalización corporal (Mujer)	89
Ficha 6.3 A. Segundo paso: Autofocalización con estimulación genital (Hombre)	90
Ficha 6.4 A. Segundo paso: Autofocalización con estimulación genital (Mujer).....	91
Ficha 6.5 A. Tercer paso: Estimulación corporal compartida (Pareja).....	92
Ficha 6.6 A. Cuarto paso: Estimulación mutua (Pareja)	93
Ficha 6.7 A. Quinto paso: Coito con autoestimulación: el «puente» y el «anillo» (Pareja).....	94
Ficha 6.6 A. Sexto paso: Coito libre (Pareja)	95

Programa B: Eyaculación retardada por sobrecontrol

Ficha 6.1 B. Primer paso: Autofocalización con estimulación mutua (Pareja)	96
Ficha 6.2 B. Segundo paso: Autofocalización con autoestimulación (Pareja)	97
Ficha 6.3 B. Tercer paso: Autofocalización con penetración parcial (Pareja).....	98
Ficha 6.4 B. Cuarto paso: Autofocalización con el «puente» y el «anillo» (Pareja).....	99
Ficha 6.5 B. Quinto paso: Coito libre (Pareja)	100

CAPÍTULO VII. DISFUNCIÓN ORGÁSMICA: MÉTODO DE AUTOEXCITACIÓN

Ficha 7.1. Paso preparatorio: Autoinspección y autoexperimentación (Mujer).....	107
Ficha 7.2. Primer paso: Autoestimulación con imaginación romántica (Mujer)	108
Ficha 7.3. Primer paso: Autoestimulación con imaginación romántica (Hombre)	109
Ficha 7.4. Segundo paso: Autoestimulación sexual con fantasía erótica (Mujer).....	110
Ficha 7.5. Segundo paso: Autoestimulación sexual con fantasía erótica (Hombre)	111
Ficha 7.6. Tercer paso: Autoestimulación compartida (Pareja)	112
Ficha 7.7. Cuarto paso: Estimulación gratuita (Pareja).....	113
Ficha 7.8. Quinto paso: Coito con autoestimulación: el «puente» (Pareja).....	114

CAPÍTULO VIII. VAGINISMO: MÉTODO DE AUTORELAJACIÓN

Ficha 8.1. Primer paso: Autoinspección (Mujer)	121
Ficha 8.2. Segundo paso: Autoinserción (Mujer).....	122
Ficha 8.3. Tercer paso: Inserción asistida (Pareja)	123
Ficha 8.4. Cuarto paso: Inserción del pene (Pareja).....	124
Ficha 8.5. Quinto paso: Coito con movimiento libre (Pareja)	125

CAPÍTULO IX. LAS PARAFILIAS: MÉTODO DE AUTOORIENTACIÓN

Ficha 9.1. Parada de pensamientos no apropiados (Ambos sexos)	151
Ficha 9.2. Entrenamiento aversivo (Ambos sexos).....	152
Ficha 9.3. Autoestimulación con fantasía erótica (Hombre).....	153
Ficha 9.4. Encuentro interpersonal (Ambos sexos)	154
Ficha 9.5. Empatía (Pareja)	155
Ficha 9.6. Exploración sensual con empatía (Pareja).....	156
Ficha 9.7. Exploración sensual con empatía (Pareja).....	157
Ficha 9.8. Estimulación mutua con fantasía erótica (Pareja).....	158
Ficha 9.9. Estimulación bilateral (Pareja)	159
Ficha 9.10. Coito con empatía (Pareja)	160
Ficha 9.11. Sexo libre (Pareja).....	161

NOTA A LA SEGUNDA EDICIÓN

En esta nueva edición se ha llevado a cabo una completa revisión y actualización del *Tratamiento de las disfunciones sexuales. Manual terapéutico*, incluyendo información sobre las investigaciones más recientes en este campo. Como principal novedad con respecto a la primera edición, cabe destacar la eliminación del capítulo IX, dedicado a la reorientación sexual, y la inclusión de la temática relacionada con la evaluación y el tratamiento de los trastornos parafilicos.

ACERCA DE LOS AUTORES



Mark Musé

Es licenciado en Psicología por la Universidad de Barcelona y doctorado en Psicología por la Universidad de Arizona (EE.UU.). Cursó un máster postdoctoral con especialización en psicofarmacología en la Universidad de Fairleigh Dickinson y está colegiado en el Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña y en los estados de Maryland, Virginia, Louisiana y Nuevo México (EE.UU.). El doctor Musé ejerció su labor profesional como psicólogo clínico en Gerona durante más de 10 años y fue profesor de Psicología en la Universidad Ramón Llull en Barcelona hasta su regreso a los Estados Unidos, donde ejerce como psicólogo médico. Es autor de seis libros y de numerosos artículos profesionales en el campo de la Psicología y de la Medicina. Su último libro *Handbook of Clinical Psychopharmacology for Psychologists* fue editado en 2012 por John Wiley & Sons en Nueva York.

Glòria Frigola i Mussons

Cursó los estudios de Máster en Terapia Familiar de la Universidad Autónoma de Barcelona y está colegiada en el *Board of Marriage and Family Therapists* del Estado de Maryland (EE.UU.), donde ha ejercido como terapeuta familiar durante los últimos 15 años. Es ilustradora profesional de libros y artículos en los campos de la Psicología y la Medicina.

FICHA TÉCNICA

Nombre: *Tratamiento de las Disfunciones Sexuales. Manual terapéutico.*

Autor: Mark Musé.

Procedencia: TEA Ediciones (1994, 2013).

Aplicación: Individual.

Ámbito de aplicación: Adultos que padecen disfunciones sexuales o trastornos parafilicos.

Duración: Variable, según el diagnóstico.

Finalidad: Tratamiento de seis disfunciones sexuales (inapetencia sexual, disfunción eréctil, eyaculación precoz, eyaculación retardada, disfunción orgásmica y vaginismo) y evaluación y tratamiento de los trastornos parafilicos.

Material: Manual en el que se incluyen las fichas de trabajo para las sesiones y CD de relajación.

PRÓLOGO

Desde la publicación de las primeras ediciones en catalán y en castellano del *Tratamiento de Disfunciones Sexuales. Manual Terapéutico* en 1993 y en 1994, respectivamente, el campo de la sexología ha experimentado una explosión en el área de la biología aplicada a la sexualidad (Hyde, 2005; Crenshaw y Goldberg, 1996) y en la aplicación de técnicas conductistas al tratamiento de las parafilias (Muse, 1999; Muse y Frigola, 2003). Esta explosión se une a la evolución continua que ha tenido este campo desde sus inicios con los estudios pioneros de Alfred Kinsey y sus colaboradores durante la primera mitad de este siglo. Desde estos primeros e intrépidos estudios de los años 40, la evolución del estudio del comportamiento sexual humano ha estado dirigida en gran parte a mejorar las bases científicas y empíricas de la disciplina y a elaborar estrategias terapéuticas que han demostrado ser de mayor efectividad. Mientras el inicio de los estudios científicos sobre el comportamiento sexual humano puede ser datado a finales de la década de los años 40 y 50 con la publicación de los textos monumentales del Dr. Kinsey (*Sexual Behavior In The Human Male* y *Sexual Behavior In The Human Female*, 1948, 1953), el estudio clínico de la sexualidad humana tuvo que esperar a las investigaciones revolucionarias de Masters y Johnson (1966, 1970) en la década de los 60 y a la aplicación clínica de estos estudios al área de las disfunciones sexuales en la década de los 70. Posteriormente al trabajo de Masters y Johnson, durante los años 80 y 90 se realizaron múltiples contribuciones llevadas a cabo por numerosos investigadores y clínicos en un esfuerzo por mejorar los principios más importantes de la terapia sexual y aumentar así el ya impresionante resultado terapéutico. Respecto a ello, la eficacia de los programas terapéuticos de tratamiento de disfunciones sexuales modernos se debe al gran alcance de la elaboración de estrategias terapéuticas que reconocen el importante trabajo pedagógico al incorporar la cooperación y la participación directa del paciente en su propio proceso terapéutico. Los programas de Kaplan (1975) son particularmente notables en este aspecto.

A pesar de los enormes avances que se han visto a lo largo de los años en el estudio y tratamiento de las disfunciones sexuales, hay lugar todavía para mejorar la presentación de las prescripciones terapéuticas dadas a los pacientes en tratamiento y así mejorar la comunicación y la confianza profesional-paciente para que sirva como motivador primordial de cumplimiento en cualquier proceso terapéutico. El material didáctico del que se dispone actualmente en el área de las disfunciones sexuales humanas consiste bien en libros de texto escritos para la formación de profesionales, bien en libros de autoayuda diseñados para instruir a sus lectores en «cómo curarse uno mismo» de su problema sexual. Hay una notable falta de material diseñado expresamente para facilitar la comunicación entre el profesional y el paciente, así como para fortalecer las prescripciones terapéuticas rutinarias, sean cognitivo-conductuales o farmacológicas, material que el profesional podría dar a su paciente en el preciso momento en el que se explica el plan terapéutico.



De hecho, antes de la publicación de la primera edición de este manual no había sido nunca publicada ni elaborada información didáctica de este tipo para el paciente destinada a uso profesional. Por este motivo, el material que aquí se incluye fue elaborado por los propios autores, así como distribuido a los pacientes en tratamiento. Con los años, estas fichas han constituido una parte primordial en la terapia sexual practicada por nuestra parte y su eficacia en la motivación del paciente y en la colaboración activa en las tareas terapéuticas ha sido ampliamente demostrada.

Dr. Mark Musé

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Crenshaw, T. y Goldberg, J. (1996). *Sexual Pharmacology: Drugs that Affect Sexual Functioning*. Nueva York: W. W. Norton & Company.
- Hyde, J. S. (2005). *Biological Substrates on Human Sexuality*. Washington DC: American Psychological Association.
- Kaplan, H. (1975). *The Illustrated Manual Of Sex Therapy*. Nueva York: Quadrangle/ The New York Times Book Co.
- Kinsey, A., Pomeroy, W. y Martin, C. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Filadelfia: Saunders.
- Kinsey, A., Pomeroy, W., Martin, C. y Gebhard, P. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Filadelfia: Saunders.
- Masters, W. y Johnson, V. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown and Company.
- Masters, W. y Johnson, V. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown and Company.
- Muse, M. (1999). Las parafilias sexuales. *Revista de Psicoterapia*, 38-39, 113-121.
- Muse, M. (1994). *Tratamiento de Disfunciones sexuales. Manual terapéutico*. Madrid: TEA Ediciones.
- Muse, M. y Frigola, G. (en prensa). *Illustrated Manual for Instruction in Sex Therapy: Handbook of Psychobiosocial Diagnosis and Treatment of Sexual Dysfunctions and Paraphilias: Professional Manual with Accompanying Patient Education Handouts*. Rockville, Maryland: Mensana Publications.
- Muse, M. y Frigola, G. (1993). *Manual didàctic per el tractament de disfuncions sexuals*. Girona: Mensana Publications.
- Muse, M. y Frigola, G. (2003). La evaluación y tratamiento de las parafilias. *Revista de Medicina Psicosomática*, 65, 55-72.



INTRODUCCIÓN

Para comenzar, cabe decir que este manual no es un libro de autoayuda. Más bien al contrario, se trata de un manual para el profesional que trabaja en el campo de la sexualidad y que busca mejorar la comunicación entre el profesional y el paciente más allá de su consulta. Con este objetivo, ha sido diseñado para permitir que las fichas didácticas de instrucciones terapéuticas sean entregadas al paciente en el momento preciso de la terapia, así como para que la información sea apropiada y permita reforzar las metas del tratamiento. Además, el CD que acompaña al manual también tiene el objetivo de lograr metas terapéuticas fuera de la consulta, potenciando la preparación cognoscitiva del paciente.

Los distintos capítulos de este manual abordan las principales disfunciones sexuales y las parafilias. Cada uno de ellos empieza con una sucinta introducción dirigida a los profesionales, en la que se tratan las cuestiones clínicas más frecuentes sobre el tema. Después de esta breve introducción al trastorno, se presentan la descripción de la terapia y el conjunto de fichas que serán entregadas a aquellos pacientes en tratamiento. Asimismo, en los casos necesarios, también se incluirá información de aquellas fichas que pueden ser utilizadas de forma opcional (pertenecientes a otros capítulos) dentro del plan terapéutico individualizado para cada paciente. Un ejemplo de ello son las fichas didácticas del capítulo «Enfoque sensorial», que pueden ser prescritas como una primera tarea de preparación previa en la mayoría de los tratamientos específicos de las distintas disfunciones abordadas en otros capítulos.

Las fichas didácticas son entregadas normalmente al paciente (o pacientes, si es la pareja la que está implicada en el tratamiento) en el mismo momento en el que se inicia la fase de la terapia descrita en la ficha. Generalmente, no es buena idea permitir que los pacientes vean los pasos terapéuticos que serán realizados a lo largo de las distintas sesiones. Con pocas excepciones, tener acceso a la totalidad del plan del tratamiento desde un principio crea una reacción contraproducente en el paciente. En ocasiones el paciente parece dudar de su capacidad para realizar todos los ejercicios, incrementando así su ansiedad anticipatoria o desestimando la importancia de los primeros pasos del programa terapéutico porque no le parecen tan difíciles como los últimos. Se crea de este modo un tipo de autocompetición o ansiedad de ejecución relacionada con la finalización de los ejercicios. Para evitar estas posibles reacciones negativas, en el tratamiento de las disfunciones sexuales no es aconsejable el uso exclusivo de programas autodidactas. Por esta razón, y por otras que serán comentadas más tarde, los libros de autoayuda tienen una aplicación limitada en el tratamiento efectivo de las disfunciones sexuales.



El presente manual está basado esencialmente en estrategias de terapia conductual que intentan modificar los hábitos sexuales de estos pacientes. No obstante, el hecho de cambiar el comportamiento de una persona implica realizar cambios paralelos en el modo en que esta persona piensa y siente. En la terapia conductual moderna es una práctica común dar la misma importancia a los aspectos cognoscitivos y emocionales del paciente que a su conducta (Goldstein y Foe, 1980). Es indispensable reconocer que pueden esperarse pocos cambios en la mitigación de las disfunciones sexuales si no se logra, paralelamente a cualquier adaptación conductual, un cambio fundamental en la actitud hacia sí mismo y hacia su situación sexual (Ellis y Dryden, 1987). En este punto, tenemos la segunda limitación de los programas de autoayuda en el tratamiento de las disfunciones sexuales: si el programa solo da sugerencias conductuales (con o sin intención general de motivar a la persona a ponerlas en práctica), la gran mayoría de los lectores se hallarán aplicando el programa conductual de forma mecánica y superficial, completando el ejercicio lo mejor que pueden, pero seguirán siendo víctimas de sus propias expectativas, temores, creencias, prejuicios y percepciones erróneas, sin cambiar las actitudes de fracaso ni su tendencia mental y emocional. Probablemente terminarán su nuevo intento de resolver sus problemas crónicos con los mismos sentimientos de fracaso y de frustración de siempre. Es obvio entonces que una de las funciones terapéuticas más importantes en la práctica de la terapia sexual es crear las condiciones cognoscitivas y emocionales que potencien los cambios deseados en el área conductual. Asimismo, la incorporación en este programa del contenido del CD de *entrenamiento actitudinal* potencia el cambio de actitudes muy arraigadas a la disfunción sexual y fomenta una postura psicológica que es, a la vez, positiva y esperanzadora.

El reto principal para los profesionales que se dedican a la terapia sexual es fomentar un cambio cognoscitivo-afectivo que permita a sus pacientes aplicar con éxito los ejercicios de aproximación sucesiva y que constituya el *modus operandi* para obtener resultados beneficiosos de la terapia sexual. La orientación teórica determinará en gran medida si la utilización del material cognoscitivo-afectivo es psicodinámica, humanista, sistémica o cognitivo-conductual. Tanto en la patología sexual como en la mayoría de las categorías nosológicas, la orientación teórica del terapeuta no determinará tanto el éxito de sus intervenciones (Goldfried, 1991; Branco, 1992; Muse *et al.*, 2003) como lo harán sus conocimientos de la condición tratada y su capacidad para fomentar una relación con el paciente que sea, al mismo tiempo, catalizadora y de apoyo (Lazarus, 1985).

Al principio de cada capítulo, se presentan los principales aspectos cognitivo-afectivos que corresponden a la condición descrita en él. En estos temas es donde se requiere especialmente la experiencia orientadora del profesional para evitar que el paciente aplique su esquema propio y habitual en cualquier nuevo intento de resolver su problema antiguo y duradero en el tiempo.

Por otra parte, el área de la sexología es un subapartado dentro de los trastornos psicosomáticos y por ello se han incorporado en el manual los problemas médicos relevantes en el tratamiento de las disfunciones sexuales además de las técnicas psicológicas. En cada capítulo se hallarán sugerencias sobre qué tipo de examen médico está indicado para descartar la etiología orgánica, así como un repaso de los efectos iatrogénicos de los medicamentos psicoactivos en el área de la sexualidad (véase tabla 1.1) y algunas sugerencias respecto al tratamiento paralelo con fármacos psicoactivos en las condiciones indicadas (Segraves y Balon, 2003).

Del mismo modo que en el tratamiento de otros desórdenes psicosomáticos, y en la mayoría de los síndromes encontrados entre la psicopatología en general (Muse y Moore, 2012), la eficacia del tratamiento de los problemas sexuales exige la cooperación y la coordinación entre



diversos especialistas de las dos disciplinas implicadas en el tratamiento de estos desórdenes: la Psicología y la Medicina (Muse y Frigola *et al.*, 1992). Esta integración entre los profesionales de la salud sería incompleta, aunque meritoria, si dicha cooperación no incluyera al paciente como principal colaborador. El deseo de ampliar la coordinación profesional entre todas las especialidades que se dedican al tratamiento de las disfunciones sexuales y de comprometer en gran medida al paciente en su propio tratamiento, es lo que nos motiva a presentar este libro.

Tabla 1.1. Posibles efectos secundarios de los medicamentos psicotrópicos sobre la sexualidad

FÁRMACO	DISFUNCIÓN ERECCIÓN	EYACULACIÓN INHIBIDA	ORGASMO INHIBIDO ⁽¹⁾	DESEO REDUCIDO
Antipsicóticos Convencionales Atípicos ⁽²⁾	Probable ? ⁽³⁾	Sí ?	Probable ?	? ?
Ansiolíticos	Probable	Sí	Probable	?
Antidepresivos IRSS ⁽⁴⁾ MAO-I ⁽⁵⁾ Tricíclicos Atípicos IRSN ⁽⁶⁾ Bupropion	Probable Sí Sí ? No	Sí Sí Probable ? No	Sí Sí Probable Probable No	Sí Sí Sí ? No
Estabilizador de estado de ánimo Litio Carbamazepina Ácido valproico	Probable ? No	? ? ?	? ? ?	Sí Probable ?
Estimulantes	Probable	Potencia ⁽⁷⁾	?	?

(1) Orgasmo femenino.

(2) La excepción aquí es la risperidona, que tiene registrada una incidencia de entre el 20-30% de eyaculación inhibida y un 20% de inhibición del orgasmo, con menos incidencia de disfunción eréctil (15%) (Segraves y Balon, 2003).

(3) ? = No hay estudios o sus resultados son confusos.

(4) Inhibidor de recaptación selectivo de serotonina.

(5) Inhibidores de la monoaminoxidasa.

(6) Inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina.

(7) Los estimulantes tienden a potenciar la eyaculación.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Branco, A. (1992). De la torre de Babel al Esperanto terapéutico. Notas sobre investigación e integración en psicoterapia. *Revista De Psicoterapia*, 9, 13-22.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1987). The Rational-Emotive Behavioral Approach to Sex Therapy. En A. Ellis y W. Dryden (Eds.), *The Practice Of Rational Emotive Therapy*. Nueva York: Springer Publishing Co.
- Goldfried, M. (1991). Research issues in psychotherapy integration. *Journal Of Psychotherapy Integration*, 1, 5-25.
- Goldstein, A. y Foe, E. (1980). *Handbook of Behavioral Interventions*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Lazarus, A. (1985). *Casebook of Multimodal Therapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Muse, M., Frigola, G., del Río y R. y Viñas, F. (1992). Algology: The marriage of psychology and medicine. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 10, 266-274.
- Muse, M. y Moore, B. (2012). *Clinical Psychopharmacology for Psychologists*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Muse, M., Moore, B. y Stahl, S. (2003). Benefits and challenges of integrated treatment. En M. Stahl y B. A. Moore (Eds.), *Anxiety Disorders: A Guide for Integrating Psychopharmacology and Psychotherapy*. Nueva York: Routledge.
- Segraves, R. y Balon, R. (2003). *Sexual Pharmacology: Fast Facts*. Nueva York: W. W. Norton & Company.



ENFOQUE SENSORIAL

Objetivos: Reducir los niveles de tensión previa al contacto sexual así como generar un cambio de actitudes hacia el mismo mediante un entrenamiento en relajación.

N.º de sesiones: Dos.

Duración: 60 minutos cada sesión, aproximadamente.

Materiales necesarios: CD y fichas 2.1 y 2.2.

INTRODUCCIÓN

El **enfoque sensorial** es un aperitivo que se consume antes del plato principal. Es, sin embargo, un *entr e* lo bastante completo en sí mismo que, bien elaborado, puede borrar el mal sabor de amargas experiencias anteriores y así estimular el apetito para los postres que vienen después.

Cuando el paciente (y su pareja) acuden a la consulta del sexólogo, normalmente lo hacen con una mezcla de esperanza y de escepticismo. Esta ambivalencia proviene de múltiples intentos sin éxito de resolver el problema. Los miedos y las frustraciones se han acumulado a lo largo del tiempo y ahora el tema sexual provoca sentimientos nocivos en la víctima de una disfunción sexual. El hombre que sufre de eyaculación precoz o de disfunción eréctil se responsabiliza en exceso por su condición y su recuperación. La mujer que padece de vaginismo o anorgasmia muchas veces se siente desilusionada y frustrada con ella misma. Estas emociones negativas se reflejan tanto a nivel personal como a nivel de pareja. Es también frecuente que dentro de la misma persona haya tensiones y reproches en torno al tema sexual además de las disputas y tensiones que surgen entre los dos miembros de la pareja con motivo de la insatisfacción sexual.

Los ejercicios del **método de enfoque sensorial** sirven para mitigar esta tensión, ya que crean un ambiente relajado en el que se evitan las exigencias por conseguir resultados



determinados. De esta manera son un recurso excelente que se suele utilizar previamente al inicio de los ejercicios específicos para el tratamiento de la disfunción sexual diagnosticada. Los ejercicios de enfoque sensorial dan instrucciones específicas al paciente para relajarse y para empezar a disfrutar de la experiencia sensual que generan. Para muchos pacientes este nuevo ambiente que no pone el énfasis en los «resultados», es decir, en la obsesión por la curación del síntoma principal de la disfunción, es un respiro bien recibido y una ruptura con la actitud preocupante habitual, lo que permite el cultivo de una nueva actitud menos seria, más ligera e incluso divertida. No obstante, a otros pacientes les puede causar impaciencia la idea de no «ir al grano» del problema y de «perder el tiempo» con ejercicios que ellos consideran irrelevantes o marginales al problema original. Esta impaciencia no carece de significado, sino que es sintomática de la misma disfunción sexual. Por ello no hay mejor momento que el comienzo de la terapia para iniciar los cambios cognoscitivos que se precisan para que el tratamiento sea efectivo. Al paciente inquieto se le debe explicar que su postura exigente contribuye a su dificultad sexual y que por ello es disfuncional. En este punto, la principal tarea del terapeuta es convencer al paciente de lo conveniente que será dejar de imponer su propia voluntad sobre el tema sexual (y, en consecuencia, ¡dejar de dictar cómo debería procederse con la terapia!).

A continuación generalmente se presenta una primera lección orientativa al paciente. Se le explicará la fisiología sexual de forma sencilla (Crenshaw, 1983) con el objetivo de demostrar que los viejos intentos de imponer la voluntad sobre el funcionamiento autonómico de la sexualidad estaban condenados a fracasar, como lo estarían en el caso de continuar aplicándolos en el presente o en el futuro. El profesional puede explicar la diferencia entre el sistema nervioso central (voluntario) y el autónomo (involuntario), y recordar al paciente que sus intentos para imponer la voluntad sobre el sistema autónomo no han tenido éxito en el pasado⁽¹⁾. De hecho, cuanto más haya insistido el paciente en dominar la respuesta autonómica a través del sistema nervioso central –a través de su voluntad– más habrá interferido en el funcionamiento natural de su propia sexualidad. Es decir, se puede demostrar que lo que más conviene al paciente con una disfunción sexual es rendirse y aceptar que no tiene ningún control directo sobre la respuesta sexual. En otras palabras, ya es hora de que el paciente abandone ese asunto (y, ¿qué mejor manera de controlar su impaciencia que pasar las riendas de la terapia al profesional?).

De ese modo, iniciar una terapia con los ejercicios del *método de enfoque sensorial* está especialmente indicado para crear un espacio relativamente libre de preocupaciones por el problema y para comenzar la terapia con una actitud nueva que promete redefinir el contacto sexual de forma positiva: tanto si hay éxito inmediato en la superación del síntoma como si no lo hay, el paciente y su pareja como mínimo habrán podido disfrutar del contacto íntimo y sensual que estos ejercicios proporcionan.

Junto con los ejercicios del *método de enfoque sensorial*, es oportuno presentar un entrenamiento paralelo en relajación general con la finalidad de mitigar cualquier estado residual de tensión previa al contacto sexual⁽²⁾. También está indicada en esta primera fase del tratamiento sexual la introducción de un programa cognoscitivo para la desprogramación

(1) Es suficiente que el paciente entienda la diferencia existente entre los sistemas nerviosos central y autónomo y que el profesional haga una breve distinción entre las ramas simpática y parasimpática del sistema autónomo, haciendo referencia al factor de interferencia del estrés y la tensión durante la fase de excitación (para la inhibición de la rama parasimpática) y el factor facilitador de la tensión durante la fase orgásmica (para la estimulación de la rama simpática).

(2) Aunque no hay medicamentos que favorecen la sensualidad y la empatía en sí, la marihuana (*cannabis*) tiende a facilitar el aprecio de la sensualidad y la aproximación interpersonal (Halikas *et al.*, 1982). También la hormona oxitocina parece estar implicada en la sensualidad y en el apego humano (Newton, 1978; Caldwell *et al.*, 1987).



específica de las expectativas negativas relacionadas con el rendimiento sexual del individuo (Ellis y Dryden, 1987). El CD de *Entrenamiento actitudinal en sexualidad* que acompaña a este manual está diseñado para servir como ayuda en la preparación cognoscitiva del paciente al reducir las tensiones residuales y resistencias específicas que pueda haber en relación con el tema sexual.

El nivel de tensión global que experimenta el paciente en el momento de iniciar el contacto con su pareja influirá sobre su capacidad para responder durante la fase de excitación del ciclo sexual. El aumento de tensión favorece la operación del sistema simpático y es precisamente esta vía del sistema autonómico la que inhibe el inicio de la excitación sexual. Dicha tensión inhibitoria puede proceder de dos fuentes diferentes. Las dos grabaciones del CD se dirigen, por separado, a estas dos fuentes de tensión intrapersonal.

El primer tipo de tensión es **residual** y se produce como consecuencia del estrés general acumulado en la vida del paciente. Si el paciente es una persona con tendencias perfeccionistas o vive situaciones realmente exigentes en el trabajo o en casa, es probable que el estado de tensión crónica esté presente de forma residual cuando intente iniciar el contacto sexual. En otras palabras, la persona tendrá tensión por razones ajenas a la situación sexual. La primera grabación del CD presenta un programa general de relajación (Muse *et al.*, 1984), adaptado del famoso programa del eminente psicólogo Arnold A. Lazarus, que ayuda a reducir la tensión residual del paciente y le prepara para afrontar las situaciones sexuales con una actitud más relajada y con una mayor disponibilidad. Esta primera grabación, llamada «*Relajación general*», dura aproximadamente 30 minutos y se debe escuchar **una vez al día durante una semana**. Requiere que el paciente se aísle en su habitación, se tumbe en la cama y escuche su contenido sin interrupciones.

El segundo tipo de tensión que puede interferir en la terapia sexual si no está identificado y tratado específicamente es la **tensión anticipatoria** que acompaña a la situación sexual; es decir, la tensión creada por las expectativas, los miedos, las aspiraciones, etc., que el paciente proyecta sobre el contacto sexual con otra persona. La persona que ha padecido una disfunción sexual habrá tenido bastantes experiencias negativas y, lo que es más significativo, habrá tenido tiempo para obsesionarse con ello. En la mente del afectado habitualmente conviven cogniciones contradictorias que proyectan una urgencia a responder con resultados positivos en el próximo encuentro sexual, pero que a la vez predicen que el éxito está fuera del alcance del interesado y, en consecuencia, implican que el valor del paciente como persona estará comprometido con el inminente fracaso. La segunda grabación del CD, llamada «*Inmunización al estrés sexual*», ha sido diseñada expresamente para reducir este factor de expectativa negativa. Siguiendo el trabajo del psicólogo de renombre Donald Meichenbaum (1986), la segunda grabación combina la relajación con una serie de sugerencias que refuerzan las siguientes ideas:

- 1) El sexo puede ser diferente la próxima vez; puede ser agradable e incluso exitoso;
- 2) Si el sexo no tiene éxito (no cumple los criterios del paciente), no es un fracaso; la experiencia puede tener aspectos positivos a pesar de no conseguir el 100% de los resultados deseados;
- 3) El valor de la persona es intocable, inalienable y, por lo tanto, si la persona tiene una experiencia sexual con mayor o menor éxito su valor personal no cambiará en absoluto; la persona seguirá siendo la misma a pesar del resultado sexual (véase el apéndice).

Estos puntos también serán tratados en un momento u otro en el curso del tratamiento. Un terapeuta con experiencia no debe dejar estos temas latentes, sino potenciar su discusión en el



contexto de la terapia. La segunda grabación del CD ofrece al paciente la posibilidad (después de haber hablado con el profesional de las cogniciones adecuadas para facilitar la terapia) de «hacer suyos» estos nuevos conceptos con la práctica diaria de su contenido. La sección «Inmunización al estrés sexual» dura aproximadamente 30 minutos y se recomienda escucharla **una vez al día durante una semana**, después de haber finalizado la semana de entrenamiento con la primera grabación.

Cuando el programa de *entrenamiento actitudinal en sexualidad* progresa con normalidad, el paciente experimenta la primera grabación como agradable y, aunque admite una cierta dificultad para creer totalmente el mensaje de la segunda grabación de reducir la expectativa negativa, se muestra deseoso de que así sea. Si el paciente no experimenta ninguna mejora en su capacidad para relajarse ni puede considerar los tres conceptos de la segunda grabación como metas positivas, habrá que dedicar más tiempo en la terapia para ayudarle a cambiar las actitudes que pueden desarmar potencialmente las técnicas conductuales si no son modificadas con anterioridad. A pesar de ello, la reacción más común es la de experimentar la relajación como un alivio agradable y admitir que sería mejor poder creer en los tres puntos de la segunda grabación. En este caso se prescribe una tercera semana en la cual el paciente alterna la escucha de las dos grabaciones: un día la primera grabación, el siguiente día la segunda, el tercer día la primera, el cuarto la segunda, etc. Con esta tercera semana se finaliza la utilización rutinaria del CD en la fase inicial de la terapia correspondiente a los ejercicios del *método de enfoque sensorial*. Posteriormente se expondrá cómo el contenido del CD puede tener una aplicación más específica en algunos de los diagnósticos individuales.

LA TERAPIA

Primera sesión

Típicamente, la terapia sexual contempla la realización de la evaluación inicial y de los ejercicios del *método de enfoque sensorial* antes de iniciar los ejercicios particulares para la condición diagnóstica identificada. En concreto, tras la primera consulta, el paciente recibe la ficha 2.1 del *método de enfoque sensorial* y el CD de *Entrenamiento actitudinal en sexualidad*. Se le darán instrucciones al paciente de practicar el ejercicio del enfoque sensorial dos o tres veces durante la siguiente semana y de escuchar a diario la primera grabación del entrenamiento actitudinal.

Al entregar al paciente la ficha didáctica del primer ejercicio es conveniente pedirle que la lea en voz alta, dejando tiempo en la sesión para comentar su contenido⁽³⁾. En este momento el terapeuta procurará solicitarle al paciente la verbalización de cualquier reacción que le haya causado la lectura de la ficha. También es conveniente indicarle que no debe ir más allá del ejercicio, haciendo explícita la **prohibición de contacto sexual durante esta primera semana**. La prohibición explícita del coito ayuda a eliminar la ansiedad anticipatoria habitual asociada a las exigencias rutinarias de obtener resultados con el contacto físico; la intención paradójica de

(3) Conviene que todas las fichas del manual, previstas como tareas para hacer en casa, sean leídas por los pacientes en voz alta en la misma sesión en que se les entregan. Esta práctica sirve para estimular comentarios y prever las posibles dificultades que los ejercicios prescritos pudiesen provocar. Al hablar abiertamente con el terapeuta se suaviza la reacción inicial y se logra el primer paso en el objetivo de que el ejercicio sea «normalizado» por el paciente.



la prohibición del sexo será obvia para el psicólogo de inclinación cognoscitiva (Seltzer, 1986): «Si usted no ha tenido relaciones sexuales durante la semana, enhorabuena porque ha seguido las instrucciones con éxito. Si usted no ha seguido las instrucciones y ha mantenido contacto sexual, enhorabuena porque es probable que el ejercicio funcione al provocar elevados niveles de estimulación sensual o sexual». En cualquier caso, el mensaje terapéutico debe ser que todo va bien y que se continuará con el siguiente paso.

Segunda sesión

Durante la segunda sesión se repasarán con el paciente los resultados de las tareas encomendadas la semana anterior. Si no aparecen complicaciones, durante la segunda visita se entregará la ficha 2.2 del *método de enfoque sensorial* junto con instrucciones para practicar el ejercicio dos o tres veces durante la semana, además de escuchar a diario la segunda grabación del CD.

Para finalizar, debemos hacer mención al uso de la visualización durante el segundo ejercicio del *método de enfoque sensorial*. La utilidad de la visualización para provocar cambios de tipo conductual, cognoscitivo y afectivo está bien documentada (Lazarus, 1977; Rosal Cortés, 1992) y se ha aplicado con éxito en el área sexual (Shorry, 1983). La visualización se utiliza en el tratamiento de numerosas condiciones sexuales, pero está particularmente indicada en el tratamiento de la inapetencia sexual, tema que se aborda en el siguiente capítulo. El uso de la fantasía con los ejercicios del *método de enfoque sensorial* es por lo tanto más opcional que imprescindible. Si el paciente se resiste a probar su uso con estos primeros ejercicios, será beneficioso investigar el motivo de esta resistencia. En la gran mayoría de los casos, sin embargo, se supera la reticencia inicial fácilmente, hablando y normalizando la fantasía como un ingrediente sano en la sexualidad (Scott, 2012). Después de haber probado la fantasía, si el paciente insiste en que disfruta más sin ella, se le recomendará entonces hacer un uso opcional y dirigir simplemente su atención a las sensaciones corporales generadas por los ejercicios de masaje.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caldwell, J., Jirikowski, G., Greer, E. R. y Pedersen, C. A. (1987). Medial preoptic area oxytocin and female sexual receptivity. *Behavioral Neuroscience*, 103, 655-662.
- Crenshaw, T. (1983). *Bedside Manner: Your Guide To Better Sex*. Nueva York: Pinnacle Books, Inc.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1987). *The Practice of Rational Emotive Therapy*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Halikas, J. A., Weller, R. A. y Morse, C. L. (1982). Effects of regular marijuana use on sexual performance. *Journal of Psychoactive Drugs*, 14, 59-70.
- Lazarus, A. A. (1977). *In The Mind's Eye*. Nueva York: Rawson Associates Publishers, Inc.
- Meichenbaum, D. (1986). *Stress Innoculation Training*. Nueva York: Pergamon Press.
- Muse, M., Lazarus, A. A., Kertész, R. y Frigola, G. (1984). *Stress y Relax*. Buenos Aires: IPPEM.
- Newton, N. (1978). The role of the oxytocin reflexes in three interpersonal reproductive acts: Coitus, birth and breast feeding. En L. Carenza (Ed.), *Clinical Psychoneuroendocrinology in Reproduction*. Nueva York: Academic.
- Rosal Cortés, R. (1992). El poder terapéutico de las imágenes. *Revista de Psicoterapia*, 10-11, 101-128.
- Scott, P. (2012). *Fantasías y Juegos para Amantes*. Valls: Lectio Ediciones.
- Seltzer, L. (1986). *Paradoxical Strategies in Psychotherapy*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Shorry, J. (1983). *Go See The Movie In Your Head. Imagery: The Key To Awareness*. Santa Bárbara, California: Ross-Erickson Publishers.

MÉTODO DE ENFOQUE SENSORIAL

PRIMER PASO: *Enfoque sensual*

INSTRUCCIONES

Busquen un momento de tranquilidad en el que no se les pueda interrumpir. Desconecten el teléfono, apaguen el televisor y la radio; no dejen que los niños u otras personas que convivan con ustedes invadan el dormitorio.

Antes de iniciar esta sesión, desnúdense y vayan a la cama con una luz tenue. Empiecen la sesión tumbados cómodamente en la cama. Ella empezará a acariciarle, lenta y progresivamente sus zonas sensuales (cabellos, cara, pecho, abdomen, muslos...) evitando los genitales. Mientras tanto, él se relajará intentando seguir el contacto de los dedos de ella sobre su cuerpo. Al cabo de unos 10 minutos, cambiarán de posición y ahora será ella la que recibirá un masaje sensual durante 10 minutos. Es importante que tanto la persona que recibe el masaje como la que lo da intente relajarse y adentrarse en las sensaciones placenteras que acompañan al ligero contacto de los dedos sobre la piel suave del cuerpo.

Si se sienten excitados sexualmente con este ejercicio, tengan en cuenta que estas sensaciones sensuales y sexuales son agradables por sí mismas y no siempre exigen pasar al contacto sexual. En esta fase de entrenamiento se está cultivando la potencia para sentir y disfrutar de todo tipo de sensaciones corporales sin la necesidad de consumir estas sensaciones placenteras con la estimulación sexual directa.

De modo que, relájense y disfruten de lo agradable que puede ser dar y recibir sensaciones sensuales.



LA VISUALIZACIÓN DE ESTAS PÁGINAS NO ESTÁ DISPONIBLE.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla consulte:

www.teaediciones.com

