

Un caso de disfunción sexual compleja

Enrique Dalmases Castellote
M.ª José Soria Sabater

Psicólogos. Miembros de la Comisión de Terapia Cognitivo-comportamental y Salud Mental

INTRODUCCIÓN

El caso que a continuación se presenta, pone de manifiesto la importancia y eficacia de la terapia conductual en el tratamiento de una disfunción sexual compleja, resultado de una fobia o aversión específica a los genitales internos femeninos.

El tratamiento incluye, como núcleo básico, la utilización de un procedimiento de desensibilización sistemática (Wolpe, 1958, 1977) o exposición graduada (Marks, 1981) dentro de un programa más amplio de terapia sexual.

A modo de premisa queremos aclarar que abordamos los problemas sexuales conjuntamente, trabajando como coterapeutas. Entendemos que de esta forma —sin ignorar los estudios que demuestran que esta forma de trabajo no comporta una mayor eficacia terapéutica (véase la exhaustiva revisión de Marks, 1981, al respecto)— y sobre todo en la fase inicial del tratamiento, se logra un mayor clima de confianza que facilita hablar más libremente de cuestiones como las sexuales, que casi siempre implican reparo y vergüenza.

II. DATOS INICIALES

Pareja de 28 años él y 24 ella. Casados desde hace tres años, sin hijos. Ambos licenciados universitarios, él trabaja y ella estudia (preparando oposiciones).

Acuden los dos a consulta y la queja inicial es de problemas sexuales en general, aludiendo específicamente a dificultades de eyaculación precoz. A continuación añaden que **nunca han realizado el coito** y que todos los problemas se iniciaron a raíz

de contraer matrimonio. El verbaliza estar deprimido como consecuencia de toda la problemática.

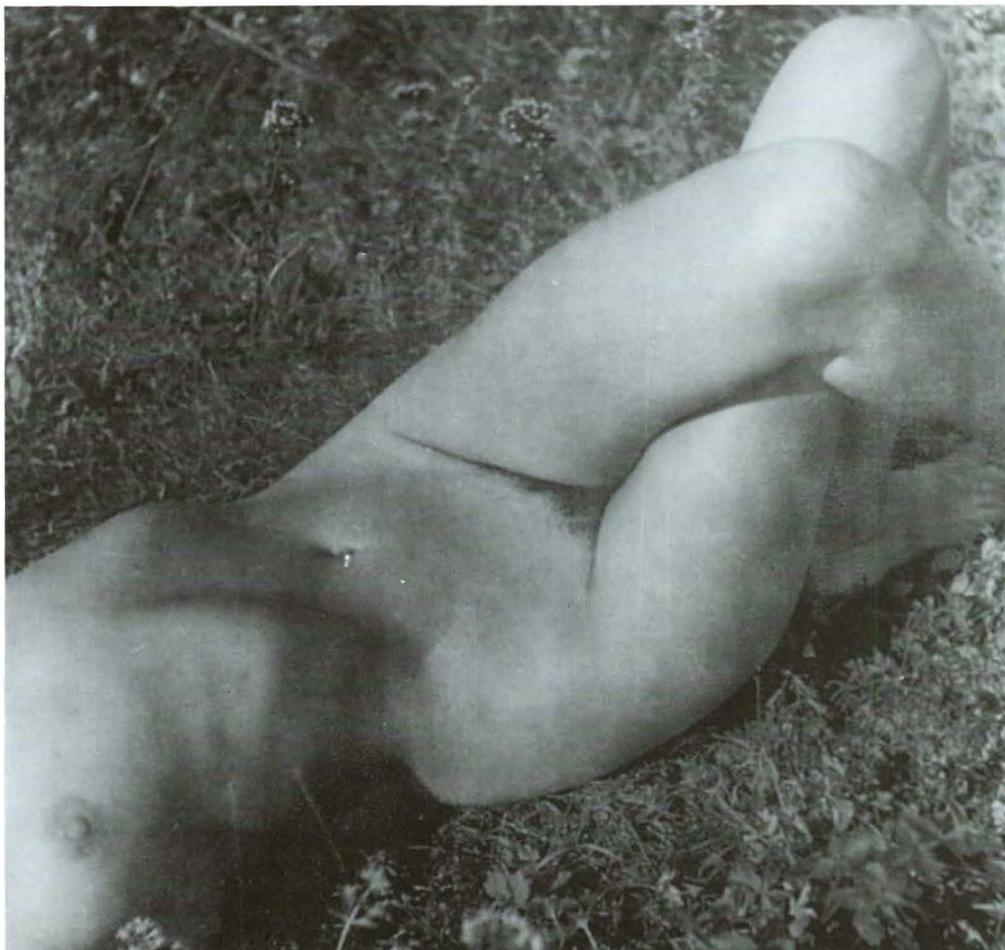
La interacción sexual actual (cuya frecuencia es de una vez a la semana) se caracteriza por lo siguiente:

— Siempre inicia él la relación, ella se muestra bastante pasiva y raramente toma la iniciativa.

— No existe una comunicación espontánea sobre el tema y, por tanto, no hay verbalizaciones concretas sobre sus preocupaciones, intereses y deseos en este sentido.

— El repertorio sexual es muy escaso, apenas hay juego amoroso y se limita a caricias manuales, casi siempre unidireccionales de él a ella. No hay sexo oral. Ella suele alcanzar el orgas-

mo por estimulación clitorica superficial (aunque últimamente le cuesta más y ocasionalmente no lo consigue) y él generalmente por rozamiento-presión contra ella y más esporádicamente por estimulación directa del pene. Hace ya bastante tiempo que no intentan realizar el coito, porque al hacerlo pierde rápida y totalmente la erección. En algunas ocasiones también eyacula con



rapidez, sobre todo si ella le masturba.

Es la primera vez que solicitan la ayuda de un psicólogo. Con anterioridad habían acudido a un consejero religioso, que restó importancia al problema y les dijo que se solucionaría con el tiempo (cosa que, evidentemente, no ocurrió), y a un sexólogo, que les indicó que la impotencia era la consecuencia de un temor a entregarse plenamente a la otra persona (aunque ello pueda ser cierto creemos que sería más lógico invertir los términos de esta relación causal). También, poco antes de acudir a nuestro gabinete, él visitó a un urólogo que descartó, casi sin mirarle, la existencia de cualquier etiología orgánica.

Como dato complementario de interés es necesario mencionar que el resto de facetas de la relación convivencial se encontraba bien preservado (comparten amigos, aficiones y tienen un buen nivel de comunicación general), por lo que no consideramos oportuno enmarcar el tratamiento específicamente sexual dentro de una concepción más amplia de terapia conyugal. De todas maneras, y sobre todo en casos cronicados, entendemos que ésta es la excepción y no la regla, dado que normalmente la

relación marital se halla deteriorada. En esos casos un problema primariamente sexual puede y debe tratarse como un problema de pareja, ya que una terapia sexual pura resulta muy difícil al no estar motivada la pareja (Capafons, Sosa y López, 1986). Afortunadamente no fue éste el caso y nuestra pareja se mostró desde el principio muy interesada y deseosa de superar las dificultades.

Al término de la primera entrevista se les solicitó que registrasen, por separado y durante un período de tres semanas (lo que suele durar la fase de evaluación), sus relaciones sexuales. Para ello solemos utilizar el tipo de registro sugerido por Carrolles¹, que permite una descripción de los encuentros sexuales, así como la determinación de su frecuencia y una valoración del grado de satisfacción subjetiva asociada a los mismos.

III. FASE DE EVALUACIÓN

Tras la primera sesión conjunta realizamos 2 o 3 entrevistas individuales (estructuradas) de cara a completar toda la información necesaria que nos permita diseñar el Análisis Funcional. Para ello nos ayudamos de algunos cuestionarios específicos de

sexualidad, que en este caso fueron: el «Inventario de Respuesta Sexual», de Pion (se aplicó a los dos miembros de la pareja) y el «Cuestionario de Miedos Sexuales», de Annon (sólo se le aplicó a él). También, y debido a su estado emocional, se le pasó el SDS de Zung para valorar cualitativamente su sintomatología depresiva y como otro criterio alternativo para evaluar la eficacia del tratamiento.

Se exponen a continuación los datos más relevantes de esas sesiones:

— Los dos fueron educados en el seno de familias clásicas y religiosas, donde la sexualidad se consideraba un tema tabú. Esta educación se prolongó en colegios religiosos.

— Él se masturba por primera vez a los 15 años, experiencia asociada a fuertes sentimientos de culpa. Antes de iniciar la relación con su mujer sus experiencias se reducen a besos y caricias con varias chicas.

— Ella nunca se ha masturbado y sus relaciones se reducen a su marido. Los contactos sexuales se inician tras tres años de noviazgo y consistieron, en su fase más avanzada, en una mutua masturbación, si bien ésta era muy superficial en el caso de él a ella, sin introducción digital.

Una exploración más exhaustiva de este punto reveló que él siempre (y sin saber exactamente porqué) había sentido aprensión a los genitales interno femeninos, a las secreciones vaginales y al flujo menstrual².

Durante el noviazgo el coito ni siquiera se lo plantearon, ya que por la educación recibida lo asociaban al matrimonio (en esta época él empieza a ser consciente de algunas dificultades para controlar la eyaculación).

— Ambos coinciden en señalar que sus problemas se inician la noche de bodas. A la ansiedad lógica que ese momento suele producir en parejas que nunca han realizado el coito se unió en este caso la aprensión citada, de forma que él perdió la erección al intentarlo. Este hecho se repitió a la noche siguiente y a lo largo de casi todo el viaje de novios (un mes).

IV. HIPÓTESIS EXPLICATIVA

— Él presenta dos disfunciones, independientes tanto en su aparición como en su evolución:

- **Eyaculación precoz**, que es PRIMARIA (está presente desde las primeras relaciones sexuales) y SITUACIONAL (no siempre eyacula rápidamente, dependiendo del tipo de estimulación).

CUADRO 1: ANÁLISIS FUNCIONAL

	ESTÍMULOS - EXPERIENCIAS ANTECEDENTES	LESIONES ORGÁNICAS REPERTORIO BÁSICO DE APREND.	RESPUESTA	CONSECUENCIAS
EL	<p>Internos: Pensamientos negativos anticipatorios.</p> <p>Consecuencias anticipadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Miedo al coito. — Temor a no satisfacerla. — Fracaso. 	<p>O: No hay etiología orgánica.</p> <p>R. B. A.:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Educación represiva en materia sexual. — Prejuicios. — Deficitario repertorio de comportamientos sexuales. — Fobia a los genitales femeninos internos. <p>Sintomatología depresiva: Consecuencia de la disfunción sexual (no se aplica trat. específico).</p>	<p>F. DESEO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad ant. • Temor fracaso. <p>F. EXCIT.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déficit erectivo (ante coito). <p>F. ORGASM.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eyaculación precoz. <p>F. RESOL.: _____</p>	<p>FRACASO</p> <p>↓</p> <p>Sent. de CULPA</p> <p>Mayor ANSIEDAD</p> <p>↓</p> <p>CONDUCTAS DE EVITACIÓN</p> <p>(Referidas específicamente al coito, y en menor medida al resto de comportamientos sexuales)</p> <p>↓</p> <p>Alivio de ansiedad</p>
ELLA	<p>Externos: Cualquier situación sensual, erótica o potencialmente sexual.</p> <p>Internos: Pensamientos negativos anticipatorios.</p> <p>Consecuencia anticipada:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Fracaso 	<p>O: Ídem.</p> <p>R. B. A.:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Educación represiva en materia sexual con prejuicios asociados. — Deficitario repertorio de comportamientos sexuales. — Pasividad/inhibición. 	<p>F. DESEO: Deseo sexual disminuido.</p> <p>F. EXCIT.: Escasa lubricación vaginal.</p> <p>F. ORGASM.: Dificultades ocasionales (cada vez más frecuentes) para llegar al orgasmo.</p> <p>F. RESOL.: _____</p>	<p>Vivencia de FRACASO</p> <p>↓</p> <p>Mayor ANSIEDAD</p> <p>↓</p> <p>CONDUCTAS DE EVITACIÓN (generalizadas)</p>

Para una mayor claridad en la comprensión del cuadro, en el apartado de respuesta se señalan las fases de la respuesta sexual y las dificultades que en cada una de ellas se presentan. Entendemos que el componente cognitivo de la respuesta es idéntico al reflejado en el apartado de estímulos y que el componente motor se especifica en el Repertorio Básico de Aprendizaje (R. B. A.).

• **Disfunción erectiva**, que es PRIMARIA (nunca ha tenido una erección suficiente que le permita realizar el coito —Masters y Johnson, 1970—) y SITUACIONAL (sólo ante la perspectiva de coito; es capaz de tener buenas erecciones mediante manipulación).

El déficit erectivo aparece desde el primer intento de coito en la noche de bodas, produciéndose un condicionamiento traumático que se vio consolidado por los intentos fallidos que se sucedieron a lo largo del viaje de novios. La erección se pierde por **temor al coito**, siendo causa específica el temor a los genitales internos femeninos (vagina). Este trastorno se mantiene por la secuencia típica ansiedad→evitación (adquiere el rango de fobia), que se señala en el Análisis Funcional (ver cuadro 1).

— Ella presenta un **deseo sexual disminuido**, consecuencia de la disfunción de él. Un diagnóstico de deseo sexual inhibido (DSI) requeriría un nivel más bajo de interés y actividad sexual (Shover y cols., 1982), si bien en este caso, de prolongarse la situación, es probable que acabara presentándose.

Esta disminución del deseo se explica a partir de las expectativas puestas en la noche de bodas, cuando él debería haber «cumplido». No hay que olvidar que es propio de ambientes clásicos el concebir la sexualidad orientada al coito, considerándose esta práctica como la única forma de afirmación sexual. Ante los sucesivos fallos ella desarrolla una pauta típica de evitación al coito que inicialmente sólo es referida y posteriormente se va generalizando a todo el repertorio sexual (ver cuadro 1).

V. FASE DE TRATAMIENTO

Una vez cumplimentados los registros de línea base (interacción sexual habitual) (ver figura 1) se les prohibió expresamente mantener cualquier tipo de relación sexual, medida ésta común en casi todas las formas de terapia sexual, y que tiene la finalidad de eliminar la ansiedad asociada a la interacción sexual y al tener que rendir (en el caso de él).

La terapia se estructuró en dos fases:

1. Fase educativa:

Como reconocen todos los autores es básica en terapia sexual, si bien debe adaptarse a

cada pareja disfuncional. Nosotros nos planteamos tres objetivos básicos:

a) Dar una información sobre los aspectos biológicos de la sexualidad, centrada en este caso en la anatomía y función de la vagina, y en la explicación del fenómeno erectivo.

b) Explicación de las circunstancias que motivaron el problema y fundamentalmente de aquellas que lo estaban manteniendo.

c) Fomentar una mayor y mejor comunicación en todo lo referente al sexo, así como una actitud más abierta y relajada frente al mismo, lo que implicaba des-

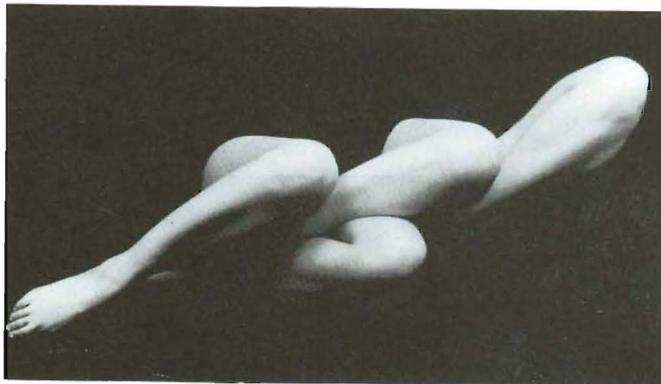
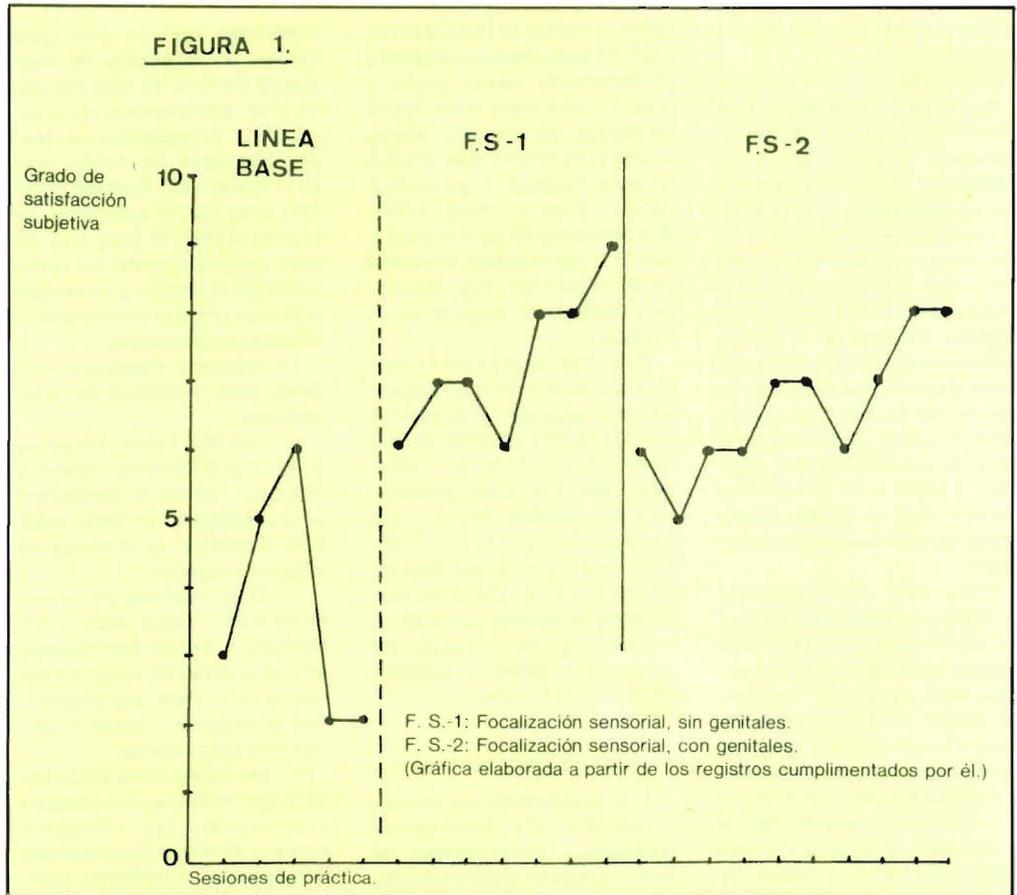
montar prejuicios y falsos sentimientos de culpa.

(A lo largo de esta 1.ª fase —algo más de un mes— estuvo vigente la prohibición de mantener relaciones sexuales.)

2. Fase de aplicación de técnicas

A) Ejercicios de focalización sensorial (FS)

La focalización sensorial es una experiencia gradual de aprendizaje por la cual se fortalecen las relaciones placenteras y se disminuye la ansiedad sexual mediante la eliminación del temor al fracaso (Kaplan, 1975).



Se dividió en dos etapas:

— FS-1, sin incluir pechos ni genitales. Se les indicó la conveniencia de que realizaran dos prácticas a la semana. Duración: 1 mes.

— FS-2, incluyendo pechos y genitales. En el marco de los ejercicios generales y típicos de esta fase³, se incluyeron dos procedimientos terapéuticos específicos, uno para eliminar la fobia⁴ y otro para mejorar el control sobre la eyaculación.

Siguiendo la terminología empleada por Masters y Johnson cuando es él «dador de placer» se planificó una exposición graduada «in vivo» más modelado para superar la fobia a la vagina. La jerarquía incluía los siguientes pasos:

— Visión de ella manipulando la vulva y el introito vaginal.

— Manipulación por parte de él de las mismas zonas.

— Ella se introduce en la vagina un pequeño dilatador (de los que se suelen utilizar en el tratamiento del vaginismo).

— Él introduce el dilatador.

— Ella se introduce un dedo en la vagina.

— Él introduce un dedo.

— Ella se introduce dos dedos.

— Él introduce dos dedos.

El avanzar en los ítems de esta jerarquía estaba en función de los niveles de ansiedad que experimentaba, dándole indicaciones precisas de que si percibía alguna molestia debía retroceder y retomar el paso inmediatamente anterior.

Cuando es ella la «dadora de placer» se introdujeron ejercicios de control eyaculatorio, utilizándose tanto la técnica de compresión (Masters y Johnson, 1970), como la de parada-arranque (Semans, 1956; Kaplan, 1974), indicándoles que en alguna de las sesiones debían utilizar vaselina u otro lubricante para que él se habituase al ambiente vaginal.

Duración: 3 meses (constituye el núcleo del tratamiento). En esta etapa las sesiones de práctica podían culminar, si así lo deseaban, con el orgasmo.

B) Estrategias de coito

Pasos:

— En posición superior ella estimula el pene manualmente.

— Cuando se produce la erección ella inserta el pene en la vagina, sin apenas moverse (ejercicios de «vagina quieta»).

— Posteriormente se fueron introduciendo variaciones a medida que iban adquiriendo mayor seguridad y confianza (movimientos de ella, los dos se mueven, otras posiciones, etc.).

De cara a consolidar el control eyaculatorio se les explicó en este momento la técnica de la «compresión basilar» (Masters, Johnson y Kolodny, 1982), que es aplicable durante el coito, para que la utilizaran en algunas de las sesiones.

Duración: 2 meses. La relativamente corta duración de esta fase (teniendo en cuenta que realizaban lo casi siempre evitado, el coito) se debe a que en este momento la frecuencia de sus relaciones había aumentado espontáneamente a 2-3 veces por semana, lo cual era un índice más de la mejoría experimentada y por tanto de la eficacia terapéutica de los pasos anteriores (véase figura 1).

Paralelamente a la aplicación de las técnicas recogidas en los apartados A) y B) se procuró darles una visión más amplia de la sexualidad, apuntándose otras formas alternativas al coito, de satisfacción: Coito como una posibilidad más. También se les orientó en las formas de enrique-



cer su sexualidad, incitándoles a que descubriesen por sí mismos aquéllas que más les motivasen.

VI. SEGUIMIENTO

Se realizaron tres seguimientos del caso (al mes, a los 3 y a los 9 meses), manteniéndose las pautas de la nueva interacción sexual. Practicaban el coito con normalidad, la eyaculación precoz había dejado de ser un problema (seguían utilizando a veces los ejercicios aprendidos) y, lo que es más importante, se encontraban muy satisfechos de su vida sexual. En el último contacto, que se realizó telefónicamente, nos comunicaron que estaban esperando un hijo.

NOTAS

¹ En Cap. 16. FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. y CARROBLES, J. A.: «Evaluación Conductual». 1981. Ed. Pirámide.

² Este miedo parece remontarse a la niñez. Él recuerda, cuando tenía 8-9 años, que sorprendió a su hermana mayor en el lavabo cambiándose de compresa, y que la visión de ésta manchada le impresionó mucho.

³ Para un conocimiento más detallado y práctico de la FS se puede acudir al excelente artículo de MIRA, J. J.: «La técnica terapéutica de la desensibilización sistemática en el tratamiento de la disfunción erectiva, la dispareunia y el vaginismo», aparecido en el n.º 29 de esta misma revista.

⁴ Si como CAIRD y WINZCE (1977) señalan la FS es una forma de desensibilización sistemática, se trata de incluir una desensibilización específica dentro de una desensibilización mayor, utilizándose la propia excitación sexual como principal respuesta incompatible con la ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA

- CAIRD, W., y WINZCE, J.: «Sex therapy. A behavioral approach». Harper y Row publishers, 1977.
- CARAFONS, J. I., SOSA, C. D. y LÓPEZ, M. C.: «Terapia sexual y de pareja según el modelo de Hahlweg, Schindler y Revenstorf: Aplicación en España». Análisis y Modificación de Conducta. Vol. 12, n.º 34. 1986.
- KAPLAN, H. S.: «La nueva terapia sexual». Alianza Editorial, 1978 (1974).
- KAPLAN, H. S.: «Manual ilustrado de terapia sexual». Grijalbo, 1978 (1975).
- LO PICCOLO, J. y LO PICCOLO, L.: «Handbook of sex therapy». Plenum Press, 1978.
- MARKS, I.: «Tratamiento de las neurosis». Martínez Roca, 1986 (1981).
- MASTERS, W. H. y JOHNSON, V. E.: «Incompatibilidad sexual humana». Intermédica, 1981 (1970).
- MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. y KOLODNY, R. C.: «La sexualidad humana: Perspectivas clínicas y sociales». Vol. 3. Grijalbo, 1987 (1982).
- WOLPE, J.: «Práctica de la terapia de conducta». Trillas, 1977.