

Guía clínica de intervención psicológica de la sexualidad humana en parejas

CLAUDIA SÁNCHEZ BRAVO,^a JORGE CARREÑO MELÉNDEZ^a

RESUMEN

La guía clínica de intervención psicológica de la sexualidad humana es producto del trabajo realizado con parejas que presentan problemas en su relación y/o en su sexualidad. Los modelos de intervención son estructurados a partir de la investigación clínica y ésta a su vez es enriquecida con la observación clínica. La guía clínica está constituida por varias partes. La primera establece la importancia de un programa de sexualidad humana en una institución de reproducción humana, después la definición, tipos y prevalencia de las disfunciones sexuales, para continuar con la etapa del diagnóstico, incluyendo el diagnóstico de los problemas de pareja. Se presentan los distintos modelos de intervención, de acuerdo con las diversas problemáticas detectadas, con tratamientos combinados de psicoterapia de grupo de parejas con objetivos definidos, esquematizando las distintas fases por las que el grupo atraviesa. Se concluye con las técnicas de terapia sexual utilizadas.

PALABRAS GUÍA: *Disfunción sexual, problema de pareja, diagnóstico, intervención.*

¿QUÉ SON LAS DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS Y MASCULINAS?

Las siguientes son algunas definiciones que se han expresado sobre el tema de las disfunciones sexuales:

^a Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología.

Correspondencia:

Mtra. Claudia Sánchez Bravo. Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología. Montes Urales No. 800 Col. Lomas Virreyes, C.P. 11000 Tel.: 55209900 ext. 147. Correo electrónico: clausanbra@yahoo.com

* Los números y las letras entre paréntesis corresponden a los Niveles de Evidencia y a los Grados de Recomendación, respectivamente, propuestos por la Red de Guías Intercolegiales Escocesas (SIGN, 2004). Ver en este número: Aldana-Calva E, Gómez-López ME. Criterios para la Elaboración de las Guías de Intervención Psicológica. *Perinatol Reprod Hum* 2007; 21(1): 11-21.

Recibido: 11 de diciembre de 2006.

Aceptado: 9 de febrero de 2007.

1. Son alteraciones persistentes o recurrentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan problemas o molestias al individuo o a la pareja.^{1(4,D)*}
2. Son alteraciones (esencialmente inhibiciones) que se producen en cualquiera de las fases de la respuesta sexual y que impiden o dificultan el disfrute satisfactorio de la sexualidad.^{2(4,D)}
3. Son una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma persistente o recurrente.^{3, (4,D)}

Esta última definición propone la presencia de cuatro características presentes en todas las disfunciones sexuales, las cuales servirán al psicólogo para realizar el diagnóstico diferencial: a) son procesos de naturaleza erótica cuyos resultados giran en torno a la calidad placentera



de estas vivencias, así como las construcciones mentales alrededor de las mismas; b) son procesos que se consideran indeseables; c) son procesos que se presentan en forma recurrente y persistente en la vida erótica de las personas; y, d) se presentan en forma de síndromes, o sea, como un grupo de síntomas que permiten la identificación de grupos de personas con síntomas similares, no así de las causas que los provocan.

¿CUÁL ES LA PREVALENCIA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS Y MASCULINAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES (INPERIER)?

En un estudio realizado en la Ciudad de México, los autores reportan una prevalencia de las disfunciones sexuales de 52% en la población femenina y 38.% en la masculina. Las disfunciones sexuales que con más frecuencia se encontraron fueron: distimia (23.4%), deseo sexual hipoactivo (22.6%) y trastornos del orgasmo (21%), para las mujeres; y distimia (55.3%), eyaculación precoz (42.5%) y deseo sexual hipoactivo (30.5%) para los hombres.^{4(2++,C)}

¿CUÁLES SON LAS DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS Y MASCULINAS?

A partir de diversos estudios sobre la respuesta sexual humana y las disfunciones sexuales, se han propuesto varias clasificaciones, pero para este trabajo se eligió la del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión IV (DSM-IV-TR, por sus siglas en inglés),^{5(4,D)} que refiere que las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. Por tanto, se les clasifica de la siguiente manera:

Trastornos del deseo sexual

- **Deseo sexual hipoactivo.** El cual se caracteriza por una disminución o ausencia de fantasías y deseos de la actividad sexual en forma persistente o recurrente.

- **Trastorno por aversión al sexo.** En donde se encuentra una aversión extrema persistente o recidivante hacia la actividad sexual y existe una evitación de todos o casi todos, los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

Trastornos de la excitación sexual

- **Trastorno de la excitación en la mujer.** Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.
- **Trastorno de la erección.** Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.

Trastornos orgásmicos

- **Trastorno orgásmico femenino.** Ausencia persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal.
- **Trastorno orgásmico masculino.** Ausencia persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal.
- **Eyaculación precoz.** Eyaculación persistente y recurrente, en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee.

Trastornos sexuales por dolor

- **Dispareunia.** Dolor genital persistente o recurrente en la mujer antes, durante o después de la relación sexual.
- **Vaginismo.** Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfieren con el coito.

Los trastornos de la respuesta sexual pueden aparecer en una o más de sus fases cuando hay más de una disfunción sexual, señalando también la naturaleza del inicio del trastorno sexual, ya que éste puede ser:

- **De toda la vida.** Indica que el trastorno sexual ha existido desde el inicio de la actividad sexual.

- **Adquirido.** Indica que el trastorno sexual ha aparecido después de un período de actividad sexual normal.

Y en cuanto al contexto en el que aparece la disfunción sexual, ésta puede ser:

- **General.** Indica que la disfunción sexual no se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros.
- **Situacional.** Indica que la disfunción sexual se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros.

IMPORTANCIA DEL PROGRAMA DE SEXUALIDAD HUMANA DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EN UNA INSTITUCIÓN ESPECIALIZADA EN REPRODUCCIÓN HUMANA

En el Instituto Nacional de Perinatología, institución de cuarto nivel de atención, atiende mujeres y sus parejas con alto riesgo reproductivo. En este contexto surge el Programa de Sexualidad Humana del Departamento de Psicología, primero como un programa de servicio y luego como una línea de investigación, debido a la demanda y frecuencia de los problemas de pareja y/o sexuales reportados por las pacientes. Actualmente, el programa funciona como un servicio especial que tiene como eje fundamental la investigación clínica.

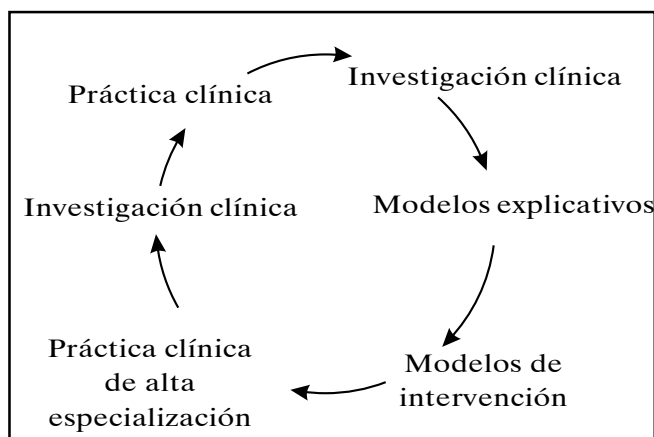


Figura 1
Círculo virtuoso de la investigación y la práctica clínica en Psicología

En cuanto a la atención a pacientes el trabajo es producto de una estrecha interrelación de la tarea asistencial y la investigación, en donde los modelos explicativos que dan origen a las estrategias de intervención, son el producto de los hallazgos de la investigación y de las observaciones clínicas realizadas en estas parejas. Así, se ejerce una psicología clínica de alta especialización y especificidad, basada en la evidencia y que está diseñada como el funcionamiento de un círculo virtuoso (Figura 1).

¿CÓMO SE DIAGNOSTICAN LAS DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS Y FEMENINAS Y LOS PROBLEMAS DE PAREJA?

Primero, es importante establecer cuál es el campo dentro de la psicología del que se parte para el manejo de pacientes que requieren de atención psicológica, por lo que se propone la siguiente definición de la Psicología Clínica: Es la rama de la psicología que se encarga de investigar, diagnosticar y tratar, todas las alteraciones psicológicas que tienen que ver con la construcción de la vida psíquica del individuo y su interacción con el mundo social (formación de la subjetividad) y que pueden manifestarse en procesos que van desde reacciones emocionales normales, hasta procesos psicopatológicos instalados en la construcción de su vida psíquica (incluso desde épocas tempranas de su vida) y que no son provocados por alteraciones fisiológicas u orgánicas.

Para poder generar un diagnóstico y un plan de tratamiento, el psicólogo de la salud tiene que poder detectar, ante cualquier alteración mental, el problema al que se enfrenta: desde una enfermedad mental que pertenezca al campo de la psiquiatría y de la neurología (por lo que en ocasiones se requiere de apoyo interdisciplinario); hasta alteraciones mentales sin componente orgánico-químico. Estas últimas alteraciones, producto de la vida psíquica, van desde manifestaciones psicopatológicas graves, hasta las reacciones emocionales circunstanciales normales que tiene una persona ante un estímulo del mundo externo. Por lo que el papel del psicólogo es fundamental, tanto para establecer un adecuado diagnóstico y tratamiento, como



para planear el apoyo interdisciplinario que el paciente requiera.

Para llegar a un diagnóstico, dentro del programa de Sexualidad Humana, el primer procedimiento es la exploración de la paciente y de su pareja a través de una historia clínica. Las principales áreas de valoración de la historia clínica, incluyen: la exploración del motivo de consulta, la historia familiar primaria, la vida sexual, la historia familiar actual, la vida en pareja y el consumo de sustancias adictivas. Con esta información se detecta la sintomatología básica y complementaria del paciente; los principales mecanismos de defensa utilizados y su origen; la evolución del conflicto y el desarrollo de las funciones yoicas. Con estos elementos es posible detectar el nivel de desorganización psíquica en el que se encuentran cada uno de los miembros de la pareja, lo cual será fundamental para el plan de tratamiento.

Es necesario especificar si el problema es grave, moderado o leve, así como determinar si su origen es intrapsíquico, o proviene de la realidad que vive el paciente. La manifestación puede ser sintónica o distónica y su nivel puede ser sólo un malestar psicológico, o tener como origen una alteración psicológica (leve, moderada o grave); o bien, de un proceso psicopatológico (leve, moderado o grave).

Las pacientes incluidas en este programa pueden caer en uno de los siguientes grupos:

1. Problemas de pareja.
2. Problemas de pareja y sexualidad.
3. Problemas sexuales.

Por lo general, la inclusión en este último grupo se presenta cuando el problema no se encuentra enraizado en la estructura de la personalidad, o como parte de un proceso psicopatológico; sino que aparece a consecuencia de la falta de desarrollo de la sexualidad de la paciente, provocada por un ambiente familiar poco propicio. Cuando existe un problema más complejo (que no se detecta con la historia clínica, por lo enmascarado que se encuentra), se observará que en el curso de la terapia sexual existe mayor resistencia por parte del paciente para efectuar los ejercicios. Esto generalmente es

un indicador inequívoco de que existe un conflicto mayor, por lo que, tanto el diagnóstico como el plan de tratamiento deben dar un giro.

Con respecto al diagnóstico de las disfunciones sexuales (definidas como alteraciones persistentes o recurrentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan los problemas de ausencia o disminución de placer al individuo o pareja),^{1(4,D)} se utiliza la clasificación del DSM-IV-TR,^{5(4,D)} que incluye: trastornos del deseo sexual (deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo), trastornos de la excitación sexual (trastorno de la excitación en la mujer, trastorno de la erección), trastornos orgásmicos (trastorno orgásmico femenino, trastorno orgásmico masculino, eyaculación precoz) y trastornos sexuales provocados por dolor (dispareunia, vaginismo).

En relación con el diagnóstico de los problemas de pareja, existe una necesidad cada vez mayor (dentro del quehacer del psicólogo clínico) de tener una mayor especificidad, para así poder elaborar los planes de tratamiento basados en la evidencia detectada de los distintos tipos de problemas de pareja. Por esta razón, se propone una ampliación de la clasificación contenida en el Manual de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR^{5(4,D)} de los problemas de relación que deben ser objeto de atención clínica.

SUBCLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DE LOS PROBLEMAS CONYUGALES

- 1. Problemas conyugales con problemas relacionales.** Se presentan cuando el conflicto se reduce a una comunicación deficiente entre los cónyuges, ya sea por ser negativa, confusa, o bien, por falta de comunicación de alguno o ambos miembros de la pareja. Es un problema fundamentalmente con una situación externa.
- 2. Problemas conyugales con un conflicto individual intrapsíquico.** Ocurren cuando alguno o ambos miembros de la pareja presentan conflictos enraizados en su vida pasada, presente o con relación al futuro inmediato, lo cual se manifiesta como un conflicto conyugal.
- 3. Problemas conyugales con disfunción sexual.** Cuando alguno o ambos miembros de la pareja presentan una o más disfunciones sexuales

(clasificadas en el eje 1)⁵, las cuales pueden estar complicadas, o no, con problemas conyugales. Se clasifican de la siguiente manera:

- a) Disfunción sexual sin problema de pareja.
- b) Disfunción sexual con problema de pareja.
- c) Disfunción sexual situacional (estrictamente aparece con la relación de pareja), en cuyo caso también es adquirida.
- d) Disfunción sexual general, la cual puede ser de toda la vida o adquirida después de la relación de pareja o antes de ella.
- e) Trastorno sexual debido a enfermedad médica.

4. Problemas conyugales como producto de un trastorno mental, de la personalidad o de un trastorno adaptativo. Cuando alguno o ambos miembros de la pareja presentan un trastorno mental, de la personalidad o adaptativo (clasificados en el eje 1 y en el eje 2, para los trastornos de personalidad). Esto complica o provoca problemas en la relación conyugal.

5. Problemas conyugales con adicciones. Cuando alguno o ambos miembros de la pareja presentan algún tipo de adicción (clasificados en el eje 1).⁵ Esto complica o provoca problemas de relación y/o familiares.

6. Problemas conyugales relacionados con terceros. Cuando la pareja tiene conflictos ocasionados por problema en el establecimiento de límites a terceros, lo cual llega a interferir o complicar la relación de pareja. Estos problemas están generalmente relacionados con: los hijos, la familia extensa y problemas de infidelidad.

7. Problemas conyugales por dependencia a otro sistema familiar. Cuando alguno o ambos miembros de la pareja tienen incapacidad de enfrentar responsabilidades, lo que los lleva a depender de otro sistema familiar.

8. Problemas conyugales por violencia intrafamiliar. Cuando alguno o ambos miembros de la pareja ejercen violencia entre ellos o hacia los demás miembros de la familia, la cual puede ser física, psicológica, por abandono, o por incumplimiento económico.

9. Problemas conyugales aunados a un problema de salud. Cuando alguno o ambos miembros de la pareja presentan algún problema de salud (clasificado en el eje 3)⁵ y esta situación provoca o se complica problemas de pareja, lo que puede derivar en problemas por una inadecuada atención la enfermedad, o: problemas emocionales reactivos, exceso de ansiedad o reacción depresiva por la enfermedad (tipificado en el eje 1).⁵

10. Problemas conyugales por problemas sociales. Cuando la pareja atraviesa por alguna crisis de índole social, lo cual complica o provoca problemas conyugales y/o familiares, por ejemplo: desempleo, problemas económicos, robo, ser víctima de un robo o violación.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES Y LOS PROBLEMAS DE PAREJA?

Modelos de intervención basados en el diagnóstico

A partir del diagnóstico que recibe la pareja, se utiliza la psicoterapia de grupo de pareja y la terapia sexual, ofreciendo las siguientes modalidades de intervención:

1. Problemas de pareja y disfunción sexual. Psicoterapia de grupo a la pareja, después del trabajo dinámico (cuando el terapeuta lo determine) se les propone la terapia sexual para el abordaje de la disfunción sexual.
2. Problemas de pareja sin disfunción sexual. Psicoterapia de grupo de pareja para trabajar su dinámica y funcionalizar la relación en cuanto a su estructura, para después trabajar con los aspectos afectivos, dependiendo del nivel de desorganización en el que se encuentre.
3. Disfunción sexual sin problemas de pareja o algún problema específico. Se envía a la pareja a terapia sexual o a sesiones individuales en una terapia breve.

Psicoterapia grupal de parejas

La psicoterapia de grupo de parejas es una herramienta eficaz para el trabajo de los



conflictos psicológicos que éstas tengan. La psicoterapia se centra fundamentalmente en la relación de la pareja, con la variante de incluir a ésta en el trabajo de grupo, abordando los aspectos que se hayan detectado en las investigaciones previas.

El grupo se reúne una vez a la semana durante dos horas, el cual se puede definir como “un conjunto de personas que se reúnen en un determinado lugar, a una hora establecida y que comparten una serie de normas tendientes a la consecución de un objetivo común: la curación”.^{6(4,D)}

- **Objetivo.** El objetivo del grupo de psicoterapia es trabajar la relación de la pareja en dos niveles: el primero aborda la estructura de la pareja, en donde se promueve la simetría y el funcionamiento de la relación; se mejora la organización; se establecen límites (tanto internos como externos); se delimitan responsabilidades con la vida sexual; y, se establecen límites a terceros o con los hijos. El segundo, se relaciona con los procesos afectivos: se promueve la liga con sus áreas productivas sanas; se trabaja con procesos que puedan estar en conflicto o bloqueados (como los conflictos intrapsíquicos, o con la realidad).
- **Características de los pacientes.** Para que un paciente se beneficie de la psicoterapia de grupo, es necesario que tenga las siguientes características: tener un reconocimiento del trastorno psicológico, contar con una capacidad mínima de introspección, desear participar activamente en el proceso de psicoterapia, tener disposición a ensayar cambios y tener aptitud para realizar sacrificios que le permitan tener logros.^{7(4,D)}

Tratamientos combinados

El paciente se canaliza a alguna otra especialidad (psiquiatría, neurología, etc.) cuando presenta algún trastorno que requiera ser controlado con fármacos, los cuales ayudan a que la psicoterapia sea más eficaz. Los casos más frecuentes son: los trastornos graves del estado de ánimo, las adicciones, los trastornos de ansiedad, y los trastornos graves del control de impulsos,⁵ para hacer un plan de tratamiento combinado.

Alianza terapéutica

La primera tarea terapéutica, antes de dar inicio al proceso de tratamiento, es establecer la alianza terapéutica y el compromiso con el grupo. El hecho de contar con un buen mecanismo de derivación al grupo, es fundamental para el manejo de las resistencias y tener esta acción, antes de la integración al grupo. Ésta es la primera técnica terapéutica que debe utilizarse, para lo cual se debe explicar a la pareja las bases fundamentales del tratamiento.

Para la psicoterapia de grupo y el uso de la técnica, se utilizan fundamentalmente dos niveles de manejo: el de apoyo y el esclarecimiento, los cuales se utilizan de acuerdo con la problemática encontrada.^{7(4,D)}

NIVELES DE INTERVENCIÓN

Nivel de apoyo

El trabajo al nivel de apoyo es básicamente con la estructura de la pareja. Esto se hace con los pacientes que muestran las funciones yoicas disminuidas. En estos pacientes-pareja, predomina la relación simbiótica donde la falla básica se encuentra en el proceso de individuación.

La estrategia es lograr romper la identificación proyectiva para que el paciente empiece a mirarse a sí mismo y reconozca que este proceso, es el único camino para encontrar alternativas de mejoría, sin que se culpe por todo lo que sucede, ya que esto lo llevaría a abortar el tratamiento. Este factor es el aspecto más difícil de manejar, pues los pacientes continuamente sabotean los cambios por una condición de vínculo psicopatológico dependiente, que resulta muy angustiante romper.

Objetivos

El abordaje tiene varios objetivos fundamentales. El primero, es lograr el desarrollo de la pareja para lograr autonomía, pues en ocasiones la dependencia infantil los incapacita incluso para ejercer las labores cotidianas de sobrevivencia, dependiendo para ello de otro sistema familiar, sea el de ella o de él; el segundo, es disminuir la ansiedad y lograr que ésta se convierta en motor de cambio y no en un elemento paralizador; el tercero, consiste en abatir los síntomas; y el cuarto, es abrir la posibilidad de

Tabla 1
Sintomatología
básica para el trabajo a nivel de apoyo

Nivel de Apoyo (Auxiliar del “yo”)
<ul style="list-style-type: none"> • Desorganización de la vida cotidiana. Desorganización de la economía. Respuestas primitivas en la solución de los problemas. • Dependencia infantil hacia otro sistema familiar. • Incapacidad de autocuidado. • Incapacidad para poner límites claros y precisos respetando las jerarquías familiares y la autonomía como persona y como pareja. • Sin un proyecto organizado de trabajo. • Relaciones de pareja polarizadas: todo es malo o todo es bueno.

hacer proyectos de vida a corto plazo, dentro del manejo de su vida diaria.

Esto abre la posibilidad de percatarse de sus necesidades y exponerlas de manera clara y directa a la pareja, poner límites en distintos niveles, de las relaciones interpersonales, distinguiendo entre sus propias tareas y las de los demás, evitando riesgos que los puedan poner a merced del maltrato (Tabla 1).

Nivel de esclarecimiento

En este nivel se trabaja con los pacientes que cuentan con un yo más integrado y fuerte, pero tienen algunas funciones disminuidas. El manejo está dirigido al esclarecimiento de sus problemas y sus afectos, mostrando cuál es la participación dentro de las diferentes áreas de su vida que los han llevado a situaciones de extremo conflicto.

Objetivos

Consiste en promover la autoobservación y la reflexión, mediante una labor de rastreo de los conflictos de pareja, para poder clarificar qué conflicto tiene que ver con la relación de pareja y cuál con la problemática de cada uno de ellos. Esto tendrá el efecto de aclarar el caos con el que generalmente ingresan a psicoterapia, al analizar la compulsión a la repetición, explorar el desarrollo de la vida familiar (para hacer la

Tabla 2
Sintomatología básica para el nivel de esclarecimiento

Nivel de esclarecimiento (análisis)
<ul style="list-style-type: none"> • Resentimiento hacia la pareja. • Modelo repetido de conducta con la pareja entre etapas de conciliación y rompimiento. • Círculos viciosos establecidos por años. • Pocos límites ante otros sistemas familiares. • Insatisfacción generalizada. • Establecimiento de rutinas forzadas y planeadas de distanciamiento hacia la pareja. • Incapacidad de comunicación marital (las discusiones empeoran la relación). • Intentos de destruir al otro, fantaseado o actuado.

conexión con el aquí y el ahora) e identificar los modelos establecidos desde la infancia dentro de la familia de origen (que son repetidos durante toda su vida); pero con la diferencia de que a través del proceso grupal puedan tomar conciencia y hacerse de los recursos para cambiarlos; trabajar con la reestructuración de la pareja, asumiendo cada uno su parte en la conflictiva, trabajando con la complementariedad y los afectos de ambos, además de la promoción de un proyecto de vida propio.

Al haber un rompimiento con las formas de vida anteriores, la fantasía predominante es la de separarse, lo que incluso puede suceder durante el proceso terapéutico. Esto no es alarmante, siempre y cuando la pareja no abandone el tratamiento, pues a veces puede favorecer este trabajo por la posibilidad de tener un mayor espacio para la reflexión (Tabla 2).

Cabe señalar que dentro del proceso terapéutico se puede iniciar en un nivel y luego pasar al otro, puesto que es un proceso dinámico, con un abordaje tanto de estructura, como de las emociones de la pareja.

¿CUÁLES SON LAS FASES DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO DE PAREJA?

Estas fases se esquematizan a continuación, para una mayor comprensión del proceso



psicoterapéutico. Esto no quiere decir que estas fases sean rígidas, sino que van surgiendo como parte de la dinámica grupal (Tablas 3, 4 y 5).

¿CUÁLES SON LOS FACTORES ASOCIADOS A LAS DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS Y MASCULINAS Y A LOS PROBLEMAS DE PAREJA?

Producto de las investigaciones realizadas en el Programa de Sexualidad Humana del Departamento de Psicología, se han aislado algunos factores relacionados con los conflictos

Tabla 3
Fase 1. Relatos iniciales

Contenidos
Manifiestos <ul style="list-style-type: none"> • Acusaciones mutuas • Pleitos • Utilización de los hijos para destruir al otro • Conflictos con otros sistemas familiares • Necesidad de otro sistema familiar para resolver conflictos • Sentimientos de inutilidad, devaluación • Actitudes sumisas o poco asertivas • Conducta violenta • Sensación de insatisfacción y caos • Resentimiento Latentes <ul style="list-style-type: none"> • El otro como depositario de mis conflictos • Dependencia infantil • Energía psíquica para destruir al otro • Fantasía: si él o ella se arregla todo cambia • Necesidad de pleito como una forma de vínculo • Necesidad de ganar batallas • Parcialización de relaciones objetales

de pareja y con las disfunciones sexuales, los cuales deben trabajarse dentro de la psicoterapia grupal de pareja, estos son: bajo autoconcepto e insatisfacción marital;^{8(2⁺⁺,C)} estilos de comunicación reservado y negativo;^{9(2⁺⁺,C)} disminución de la comunicación marital;^{10(2⁺⁺,C)} tendencia a presentar características de sumisión; problemas de no-asertividad;^{11,12(2⁺⁺,C)} ansiedad-

Tabla 4
Fase 2. Reconocimiento de los conflictos

Contenidos
Manifiestos <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de los problemas propios • Identificación de los problemas de la pareja • Identificación de los modelos infantiles repetidos • Identificación de las conductas de dependencia • Reconocimiento de las propias limitaciones: estructurales y afectivas • Etapa de reflexión sobre sí mismo y no sobre el otro • Aprender a poner límites hacia sí mismo, hacia la pareja y hacia otros sistemas familiares • Aprender formas distintas de comunicación • Detener el pleito vicioso • Rompimiento de la simbiosis • Importancia de tener un proyecto personal Latentes <ul style="list-style-type: none"> • Modelos repetidos: identificación con patrones violentos o identificación con patrones de sumisión, actuados en el aquí y en el ahora • Miedo al crecimiento, por lo tanto a la autonomía • Miedo a la expresión del afecto • Facilidad de la expresión de agresión • Esquema explotador(a)-explotado(a) • Ignorar las necesidades del otro, no saber escuchar

Tabla 5
Fase 3 . Logros

- Perspectiva de cambio individual y de pareja
- Desarrollo de proyecto propio
- Mayor organización en casa, en el trabajo y en la economía
- Alianza de pareja
- Respeto por el propio espacio, del otro y el espacio común
- Saber vivir con el otro
- Atención en el cuidado de los hijos
- Materialización del afecto con hechos
- Integración del objeto amoroso

estado; y, trastornos del estado de ánimo,^{13(2⁺⁺,C)} como reacciones depresivas. Estos factores permiten tener una mayor especificidad dentro del trabajo terapéutico.

Terapia sexual

Las técnicas de terapia sexual son las propuestas por Masters, Johnson y Kolodny,^{14(4,D)} y Helen Kaplan,^{15(4,D)} las cuales han sido enriquecidas con la experiencia acumulada en el Departamento de Psicología del INPerIER, las cuales se describen a continuación:

1. **Focalización sensorial I.** En esta técnica no hay relación sexual, sólo caricias suaves en el cuerpo y genitales.
2. **Focalización sensorial II.** Mediante las caricias se busca lograr la excitación, pero sin que haya orgasmo ni coito. Durante el tercer grado, la pareja debe lograr una buena estimulación para que la mujer pueda colocar el pene dentro de su vagina y así logre jugar y experimentar diversos movimientos, preocupándose sólo por sus sensaciones.
3. **Ejercicios de los músculos pubococcígeos.** La mujer tiene que ejercitar 10 veces, uno o dos ciclos al día los músculos pubococcígeos.
4. **Maniobra de puente.** Se estimula el clítoris hasta el momento anterior al orgasmo, para que mediante los movimientos del coito, el reflejo orgásmico se haga presente.

5. Estímulo y distracción. Consiste en que la pareja se estimule intensamente y, a su vez, se distraiga de la vigilancia inhibitoria.

Problemas más frecuentes encontrados en la psicoterapia

1. Uno de los miembros de la pareja no quiere o no pueda asistir al proceso psicoterapéutico.

Solución: Se incluye al miembro de la pareja que quiera o pueda asistir, pues no se puede dejar sin atención a ningún paciente, esto ha dado muy buenos resultados, pues de todos modos se movilizan las estructuras de la pareja.

2. La pareja está en riesgo o tiene fantasías de abandonar el tratamiento durante la primera etapa del proceso.

Solución: Hay que contemplar este fenómeno desde la etapa del diagnóstico, por lo que se promueve la adherencia y se menciona que este pensamiento puede suceder, pues es parte de las resistencias al cambio. Entre más dependencia exista entre ellos, aunque sea psicopatológica, mayor riesgo de abandono al tratamiento.

3. Existe dependencia de la pareja hacia la familia de origen.

Solución: Cuando se llega al límite dentro del trabajo terapéutico, la pareja deberá independizarse de la familia de origen, por lo cual será necesario interpretar las resistencias y fantasías de abandono al tratamiento.

4. Uno de los miembros de la pareja decide abandonar el tratamiento.

Solución: Se debe trabajar su salida del grupo sin ejercer ningún tipo de presión para que no se vaya, así como trabajar con el miembro de la pareja que no quiere irse la posibilidad de tomar una decisión independientemente de la pareja.

Criterios para dar de alta a la pareja

1. Cuando la pareja ha trabajado los procesos psicopatológicos y está funcionando debidamente.
2. Cuando no hay posibilidad de avanzar más por algún proceso externo o interno.
3. Cuando no desean continuar el tratamiento.



4. Cuando se llega a un punto en el que es necesario canalizarlos a una psicoterapia de otro nivel.
5. Cuando la institución lo da de alta, se procede a trabajar el cierre terapéutico y canalizar a la pareja a otra dependencia, de ser el caso.

ABSTRACT

The Clinical Guide for Human Sexuality is a product of the work with couples that present relationship and/or sexual problems. The intervention models are structured through investigation and enriched with clinical observation. This guide is formed by several parts. The first one is to determine the importance of a Human Sexuality program in an Institution in charge of reproductive matters, and also, the definition, types and prevalence of sexual dysfunctions. It continues with the diagnose phase, including the couples difficulties. Many Intervention Models are presented, depending on the problems detected, with combined treatments of Group Therapy with defined objectives, outlining the distinct phases through which the group goes. The text concludes with the sexual therapy techniques that were used.

KEY WORDS: *Sexual dysfunction, couple difficulties, diagnosis, intervention.*

REFERENCIAS

1. Álvarez-Gayou. Sexoterapia integral. México: El Manual Moderno; 1986: p 64-9.
2. Labrador FJ, Crespo M. Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema* 2001; 13, 3: 428-41.
3. Rubio E, Díaz J. Las Disfunciones Sexuales. En: CONAPO. Ed. Antología de la Sexualidad Humana. México: Miguel Angel Porrúa; 1994; tomo 3: p. 17-46.
4. Sánchez BC, Carreño MJ, Martínez RS, Gómez LME. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Rev Salud Ment* 2005; 28: 74-80.
5. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. 1a. Ed. Barcelona: Masson; 2002.
6. Grinberg L. Psicoterapia de Grupo. Buenos Aires: Paidós; 1977.
7. Fiorini H. Teoría y técnica de psicoterapias. Buenos Aires: Nueva Visión; 1992.
8. Sánchez C, Carreño J, González G, González I. Autoconcepto y satisfacción marital en mujeres con disfunción sexual. *Perinatol Reproduc Hum* 1997; 11: 190-7.
9. Sánchez BC, Carreño MJ, Martínez RS, Gómez LME. Comunicación marital y estilo de comunicación en mujeres con disfunción sexual. *Perinatol Reproduc Hum* 2003; 17: 91-101.
10. Sánchez C, Morales F, Pimentel D, Carreño J, Guerra G. Disfunción sexual masculina y calidad de la comunicación marital. Un estudio comparativo. *Perinatol Reprod Hum* 2002; 16: 16-25.
11. Sánchez BC, Carreño MJ, Martínez RS, Aldana CE. Disfunción sexual masculina y su relación con el rol de género y asertividad. *Perinatol Reprod Hum* 2002; 16, 3: 123-31.
12. Sánchez BC, Morales F, Carreño MJ, Martínez RS. Disfunción sexual femenina y su relación

- con el rol de género y la asertividad. *Perinatol Reprod Hum* 2006; 19: 152-60.
13. González G, Sánchez C, Morales F, Díaz R, Valdéz A. Niveles de ansiedad y depresión en mujeres con y sin disfunción sexual: estudio comparativo. *Rev Mex Psicol* 1999; 16: 17-23.
14. Masters W, Johnson V, Kolodny R. *La Sexualidad Humana*. México: Grijalbo. 1995: vols. 1-3, 13a.
15. Kaplan H. *La Nueva Terapia Sexual*. México: Alianza Editorial. 1978: Vols. 1-2.