



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

TERAPIA SEXUAL: HACIA UN MODELO INTEGRATIVO MULTIDIMENSIONAL

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos

Mauricio SALAS SIRONVALLE

**Guía:
Dr. Ps. Juan YÁNEZ MONTECINOS**

**Informantes:
Dr. Ps. Irma Palma
Ps. Javiera Duarte**

Mención:

Santiago de Chile, año 2016

TITULO DE LA TESIS

TERAPIA SEXUAL: HACIA UN MODELO INTEGRATIVO MULTIDIMENSIONAL

RESUMEN

Este trabajo presenta una revisión teórica de los conceptos relacionados con la sexualidad humana y sus distintos procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Se realiza un análisis de artículos científicos, en el contexto de las terapias sexuales desde principio del siglo XX hasta hoy en día.

La complejidad de la dimensión sexual, iniciada con una visión dicotómicamente/cuerpo implicaba una terapia psicológica o médica exclusiva. Sin embargo, en el estado actual de conocimiento y la complejidad del sistema consultante, requiere de una integración de factores: biológicos, psicológicos, interpersonales y contextuales en la comprensión contemporánea de la sexualidad y el manejo de estas dificultades emergentes.

Se describe un conjunto de estudios y procedimientos en el área de la terapia sexual y se presentan los principios fundacionales para el desarrollo de un modelo integrativo multidimensional (MIM), con estándares basados en la evidencia clínica, que aborde de manera eficiente los aspectos biomédicos y psicológicos en los problemas sexuales.

Palabras clave: terapia sexual, sexología, disfunciones sexuales, constructivista cognitivo.

AGRADECIMIENTOS

Quiero manifestar públicamente, mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas con las cuales, este trabajo ha sido posible...

Gracias a mi Familia, sin su apoyo absoluto e incondicional, sustento en los momentos más complejos, su amor y paciencia han sido un gran regalo, que me han estimulado al esfuerzo e ir más allá de las fronteras de la ciencia médica y el arte terapéutico...

Al Profesor Juan Yáñez, que desde su generosidad, la teoría versada y la práctica certera, nos arroja al universo de la Psicología contemporánea...

A las Profesoras Irma Palma y Javiera Duarte por el tiempo e interés y por sus valiosos aportes a este trabajo...

Gracias, gracias a los pacientes, colegas y profesores de Medicina y Psicología que me han acompañado e iluminado en esta travesía....

***“La vida es breve; el arte, largo; la ocasión, fugaz; la experiencia, engañosa; el
juicio, difícil.”
Hipócrates***

***«No hay nada fuera del texto»
Jacques Derrida***

***“El lenguaje realiza quebrando el silencio lo que el silencio quería y no obtenía”
Maurice Merleau-Ponty***

***“Explicar más es comprender mejor”.
Paul Ricoeur***

INDICE

Introducción.....	1
Formulación del problema, objetivos y metodología.....	1
Marco teórico y conceptual	
I. Historia de la Ciencia de la Sexualidad	5
II. La evolución desde un comportamiento reproductivo a un devenir erótico.....	12
III. la respuesta sexual humana, modelos y bases psico biológicas.....	26
Desarrollo Clínico de la Terapia Sexual	
IV. Clasificación de las disfunciones sexuales.....	47
V. Intercambio Interpersonal de Satisfacción Sexual.....	55
VI. Terapia cognitivo conductual para los problemas sexuales.....	59
VII. Terapia sexo-corporal.....	76
VIII. Terapia de aceptación y plena conciencia.....	85
IX. Terapia constructivista cognitiva en Sexualidad	95
X. Terapia Integrativa multidimensional en Sexualidad.....	105
Discusión y Conclusiones.....	121
Bibliografía.....	128

INTRODUCCION

La promoción de la salud sexual y reproductiva ha comenzado a ser considerado como esencial para el logro y mantenimiento del bienestar de los individuos y las comunidades. En los últimos 30 años, emergen avances extraordinarios en la comprensión de las funciones y comportamientos sexuales y su interacción con otros aspectos de la salud, junto con el desarrollo de herramientas innovadoras de comprensión terapéuticas, nuevos medicamentos y técnicas quirúrgicas, cada vez más eficientes para el tratamiento de las disfunciones y trastornos sexuales.

La complejidad de la dimensión sexual, vista desde una visión dicotómicamente/cuerpo implicando una terapia psicológica o médica exclusiva, no ha sido satisfactoria y se requiere una integración de factores biológicos, psicológicos, interpersonales y contextuales en la comprensión contemporánea de la sexualidad. Se busca en el estado actual del conocimiento, una mirada que ofrezca una aproximación más inclusiva y sofisticada de comprensión y manejo de las dificultades, disfunciones y trastornos sexuales.

Se presentan en este trabajo, los principales modelos de terapias sexuales con orientación cognitiva y un enfoque de terapia integral multidimensional, de aquí en adelante *modelo integrativo multidimensional* (MIM), donde se abordan los factores: biológicos (determinismos estructurales), psicológicos (sentido, significado, operatividad, entre otros) y los interpersonales (intersubjetivos). El MIM permitiría crear, redefinir o restaurar eficientemente una funcionalidad sexual sana para el paciente y su pareja.

No se abordaran directamente los aspectos sociales y culturales ya que estos exceden los propósitos de esta tesis.

Formulación del problema, objetivos y metodología

En la actualidad los tratamientos médicos en monoterapia son a menudo dirigidos exclusivamente a tratar la función sexual genital y por lo tanto no abordan importantes problemas psicológicos. Del mismo modo, la psicoterapia en

monoterapia puede consumir mucho tiempo o no producir una rápida mejoría de los síntomas. Por lo tanto en pacientes con disfunciones sexuales (abreviado con la sigla DS), quienes a menudo llegan en estado crítico, necesitarían un manejo más integrado, rápido y eficiente. Una nueva terapia a la luz de los nuevos avances científicos y sociales es recomendable. En un enfoque contemporáneo de la Salud Sexual, las dificultades y disfunciones sexuales, requerirían entonces una mirada más integral.

En general en una DS, más que orientarse a un enfoque basado en dicotomía mente/cuerpo, nos parece que existiría múltiples factores, biológicos, psicológicos o intersubjetivos, que interactúan dinámicamente entre ellos, pudiendo existir un predominio de uno de ellos, estos podrían dar como resultado una DS.

Este *modelo integrativo multidimensional* (MIM), tiene como base la integración del modelo biomédico y el modelo de terapias cognitivas (TC), esta asociación permitiría comprender e integrar diferentes dominios biológicos psicológicos e interpersonales. Además favorecería una rápida solución de la sintomatología, inspiraría esperanza, mejoraría la confianza y consolidaría una mayor alianza terapéutica. El MIM conceptualiza los factores psicológicos y biológicos como aditivos e interactivos y comprende las siempre cambiantes influencias mutuas de la biología y la psicológica.

Se privilegia las Terapias Cognitivas (TC), ya que estas presentan los mejores resultados en los tratamientos de las DS. En las TC están incluidas en este término las terapias comprendidas que van desde las terapias cognitivo conductuales (TCC), hasta la versión constructivista cognitiva, (Yáñez, et al 2001). Las TC han demostrado ser un tratamiento eficiente para una variedad de problemas psicológicos, incluyendo depresión, trastornos de ansiedad y disfunción sexual (Semans, 1956, Masters & Johnson, 1966), diversos estudios clínicos, han sugerido que la TC produce efectos significativos incluso a largo plazo. (Ellis, 1988, Kunhe, 2004).

En esta Tesis nos proponemos, en primer lugar presentar una revisión actualizada de los factores que explican el comportamiento erótico/sexual humano

realizando una síntesis interdisciplinaria (neurociencia, etología, antropología y psicología) de la literatura actual.

En segundo lugar presentar el estado actual en el conocimiento de la respuesta sexual humana, haciendo un paneo desde los modelos clásicos lineales de Master & Johnson hasta modelos más holísticos e integrales, junto con describir las bases psico-biológicas de la sexualidad humana.

En tercer lugar presentar las principales características los modelos TCC, orientados a los problemas sexuales, conteniendo, los aspectos biomédicos y las Terapias Cognitivas con sus diferentes modelos, basadas en la evidencia/experiencia incluyendo el modelo constructivista–cognitivo aplicado a problemas y dificultades sexuales individuales y de pareja. (Althof, 2006, Assalian, 2005, Mahoney, 1997, Yáñez et al, 2001).

En cuarto lugar, se presenta la propuesta del MIM y los resultados basados en la evidencia de las terapias integrativas, permitiendo comprender de manera más ordenada, eficiente y estructurada, las DS y sus tratamientos. El MIM, sería más adaptado al paciente y su pareja, potenciando un cambio bio/psicológico e intersubjetivo, permitiendo una solución rápida del síntoma y el problema (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008, Althof 2013).

De este modo la presente propuesta, pretende sistematizar el manejo integrativo basado en evidencias clínicas, en el diagnóstico y tratamiento de las dificultades, disfunciones y trastornos sexuales. Esperamos con este texto poder compartir transmitir, perfeccionar y profundizar el tema de la sexualidad y la terapia sexual.

Metodología

Esta Tesis se posiciona en el campo de la investigación clínica y su realización utiliza un enfoque de investigación teórica y documental, basada en la investigación bibliográfica de diversas fuentes en los idiomas español, francés e inglés. El objetivo es el de sistematizar y compartir el conocimiento de los

últimos estudios en el desarrollo teórico y metodológico de la sexualidad humana y sus abordajes terapéuticos tanto médicos como psicológicos.

En esta revisión se utilizaron varias fuentes documentales, como tesis, artículos de revistas científicas y búsquedas Google académicos (documentos primarios, secundarios y terciarios), desde principios del siglo XX a la fecha, utilizando descriptores tales como: sexualidad, terapia sexual, medicina sexual, sexología y disfunciones sexuales.

Esta revisión descriptiva pretende proporcionar al lector una puesta al día sobre conceptos útiles en áreas de la sexualidad y la terapia sexual, dominio en constante evolución. Específicamente este análisis presenta un carácter descriptivo/exploratorio, respondiendo a la pregunta ¿qué se sabe de sexualidad, de sexología y terapia sexual?

Este tipo de trabajos, tiene una gran relevancia en la enseñanza y además interesara a muchos profesionales de áreas conexas, ya que nos parece que leer buenas revisiones en una manera de estar al día en nuestras áreas de interés. (Day, 2005).

Marco Teórico Y Conceptual

Este trabajo, se basa en las terapias TCC, describiendo con detalle el modelo constructivista cognitivo, que comprende las terapias TC, con bases teóricas conceptuales sólidas, siendo un modelo terapéutico, procedural, estratégico y operacionalmente reproducible y ordenado. Con posibilidad de transferencia en el hacer, más rápido y simplificado. Asociado a un modelo biomédico, que utiliza los procedimientos basados en evidencia diagnóstica y terapéutica; higiénica dietéticos, kinésico, terapias físicas, farmacológicas y quirúrgicas. Un MIM permitiría rápidamente desconfigurar el síntoma y tratar las DS, mejorando la adherencia al tratamiento con efectos secundarios virtuosos para el individuo y su pareja.

Objetivos Generales.

Indagar, analizar los modelos de terapia sexual con orientaciones cognitivas, la terapia integrada y su aplicación clínica en la terapia sexual y de pareja.

Objetivos Específicos.

1. Examinar los marcos teóricos, estudios de meta-análisis y antecedentes actuales sobre comportamientos erótico/sexuales, disfunciones sexuales, terapia sexual y medicina sexual.
2. Revisar la propuesta teórica y antecedentes provenientes desde los diferentes modelos y miradas TCC, constructivismo cognitivo y multidimensional para el abordaje de la disfunción sexual en el proceso de salud sexual y terapéutico.
3. Presentar un enfoque integrador multidimensional, donde se genere una aproximación comprensiva, diagnóstica y de manejo biomédico, psicológico e interpersonal como una alternativa de abordaje en el ámbito de la terapia sexual y de pareja.

I. HISTORIA DE LA CIENCIA DE LA SEXUALIDAD

La sexualidad y sus trastornos, han sido durante mucho tiempo una preocupación, desde diferentes miradas filosóficas, sociológicas y psico-médicas. Hipócrates, Galen y en Roma Ovidio, fue obligado a exiliarse por la publicación de *L'Ars Amatoria* (El arte del amor), ya que fue acusado de alentar el erotismo en las matronas romanas. Visiones similares se pueden ver en obras publicadas posteriormente, en el siglo IV, el Kama Sutra de Vatsyayana, o aún más tarde, el manual de érotología árabe de Sheikh Nefzaoui

Más recientemente, Maimónides (1135-1204) quien ganó un lugar en la corte del sultán Saladino con sus pociones afrodisíacas, Ambroise Paré (1510-1590), dedicó un capítulo de su libro sobre la generación de los niños "para explicar por qué las partes generativas" producen un gran placer. Por otra parte, Leonardo da Vinci, fue el primero en descubrir el mecanismo de la erección vascular, lamentablemente obligado a permanecer en silencio y ocultar sus pensamientos.

El Período de predominio religioso o (ética teológica) o precientífico

En parte la historia del mundo occidental comienza con el predominio de la religión judeo cristiana, la lectura e interpretación de la biblia, aparición del mito de Adán y Eva, etc. Durante este período la iglesia católica predicaba puntos de vista bíblicos sobre las enfermedades y la salud. Las actividades sexuales se llevaban a cabo sólo para la procreación, sólo en una posición y nunca en los días de ayuno o días la celebración de un Santo. Los comportamientos *no naturales* fueron atribuidos a la posesión por el demonio, pudiendo llevar en algunos casos al exorcismo y persecución de brujas. Las normas religiosas definían la sexualidad a partir del concepto de *contra natura*. La sexualidad sin fines reproductivos era un pecado. Incluso algunas prácticas sexuales, eran o son delito en la actualidad, como las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, con animales, o el adulterio.

El Período Científico

Tissot, en 1760, publicó una monografía titulada el *Onanismo* o los efectos de la masturbación. El término *Onanismo* (masturbación) se inspira en la historia bíblica de Onán (Génesis, 38: 9). Onán tenía un hermano mayor Er, que había muerto y según la costumbre judía de la época, Onán tenía que dormir con la mujer del hermano para que pudiera aumentar la descendencia de su hermano. Onán sabía que el niño no sería considerado suyo, sino un niño tardo de su hermano. Por otro lado, este hijo heredaría los derechos de la primogenitura (por ser considerado hijo de Er, el hermano mayor), desplazándolo a un segundo lugar. Por lo tanto cada vez que Onán se acostaba con la mujer de su hermano, "derramaba su semen en el suelo para evitar la descendencia a su hermano ", lo que le provocó un gran desagrado a Dios, quien finalmente le quitó la vida. En el libro publicado por Tissot apoya la tesis que la masturbación no sólo es un pecado, sino también responsable de una serie de síntomas patológicos (por ejemplo, el deterioro de la visión, la audición, la memoria e inteligencia, palpitaciones, mareos, fatiga, etc. (Foucault, 1999).

En 1857, el estudio médico-legal sobre los delitos contra la honestidad (Tardieu, 1882), habla sobre los *vicios y perversiones*, biologiza las disidencias sexuales, es el inicio del traspaso de la Religión a la Medicina, el pecador al enfermo, el sodomita al perverso, etc. la Medicina definiría el modelo de normalidad sexual como heterosexual, reproductivo y moral.

En 1844, Kaan publicó su trabajo principal *Psicopatía Sexualis*. Es el primer tratado psiquiátrico centrado exclusivamente en la psicopatología sexual, siendo además el último libro sobre la sexualidad escrito en latín. Kaan apoya la idea de que la masturbación está en la raíz de todos los trastornos sexuales, desviaciones y todos los deseos no normales, ya que implican fantasías exageradas. De acuerdo con Kaan, "el instinto sexual gobierna toda la vida psicológica y física" (Foucault, 1999).

El año 1844 marca el final de la frenología ("el cerebro es el órgano de la mente", y que ciertas áreas albergan funciones específicamente localizadas) y el comienzo de la Psiquiatría y la Neuropsiquiatría. Es en este momento en que la psiquiatría de la sexualidad toma cuerpo, caracterizando las diferentes manifestaciones del instinto sexual, que fluyen a lo largo de todas las variantes del comportamiento, desde la masturbación a un comportamiento hetero-normado coito-céntrico. La tradición de presentar ciertas expresiones (la mayoría) de las conductas sexuales no reproductivas como pecado comenzó a cambiar lentamente.

La Religión delimita los pecados, por otro lado, la Medicina y el Derecho, definen las transgresiones a la moral o el pudor y caracteriza científicamente a los individuos que cometen infracciones. Morel, con la "teoría de la degeneración", instaura el nexo entre el paradigma religioso y el médico. El discurso médico sobre las perversiones sexuales obedece a determinantes sociales e ideológicas, en la raíz de su desarrollo, al mismo tiempo, que cumple múltiples funciones sociales que van más allá del campo de la medicina y psiquiatría. (Foucault, 1969, Giami, 1998).

Durante este período se produjo un cambio significativo que esencialmente marca el inicio de la Sexología. Un gran número de médicos comenzó a estudiar la masturbación y el comportamiento sexual en general, contribuyendo a lo que se llamó más tarde el periodo científico del comportamiento sexual. El psiquiatra Richard von Krafft-Ebing, publicó el libro *Psychopathia Sexualis*, una colección de casos relacionados con los comportamientos sexuales extraños. Según su punto de vista, tales comportamientos presentaban síntomas llamados los "trastornos sexuales de la mente".

En la primera mitad del siglo XX, la personalidad dominante que influye en el pensamiento fue Sigmund Freud (1856-1939). Su teoría psicoanalítica, tiene una base en el concepto de la libido, su contribución radical a la ciencia de Sexología, fue su libro publicado en 1911, titulado *Tres ensayos sobre la teoría sexual*, teniendo valor histórico en el desarrollo de la Sexología. Las disfunciones sexuales eran predominantemente tratadas dentro de un marco psicoanalítico, al igual que la mayoría de los problemas psicológicos. De tal perspectiva psicológica psicoanalítica, los problemas sexuales eran vistos como procedentes de conflictos no resueltos que se remontaban a la infancia, en particular los conflictos por la unión problemática y la tensión en la relación con los padres. El tratamiento se centraba en desenmascarar los conflictos intra-psíquicos inconscientes subyacentes, ya que estos interrumpirían un funcionamiento sexual saludable. Como tal, los síntomas no se abordaban directamente, y la psicoterapia era de largo plazo (Freud 1995, Hartmann, 2009).

Otro gran pionero de la Sexología fue Magnus Hirschfeld, quien estableció la Sexología como un campo cognitivo. Fundó en 1897, la primera organización por los derechos de homosexuales, a saber, el Comité Científico Humanitario. En 1908, publicó la primera revista Sexología y en 1913, fundó, junto con otros, la primera Sociedad de Sexología (Sociedad de Sexología y Eugenesia). En 1919, se abrió el primer Instituto de Sexología y organizando en 1921 el primer Congreso Internacional de Sexología. En 1928, Hirschfeld co-fundó la Liga

Mundial para la Reforma Sexual, junto con Havelock Ellis y Auguste Forel. También escribió el primer libro de Sexología Clínica.

El médico británico Havelock Ellis (1859-1939), escribió varios libros que fueron traducidos a muchos idiomas. Un libro, escrito en 1926 por el ginecólogo alemán Theodoor Hendrik van de Velde, con el título *La unión perfecta*, se convirtió en un éxito de ventas en toda Europa. Fue traducido al inglés en ese mismo año y se distribuirá ampliamente. Fue un regalo de bodas frecuentes hasta finales de la década de 1970.

Alfred Charles Kinsey (1894-1956), un zoólogo norteamericano, quien publicó, junto con W. B. Pomeroy y C. E. Martin, en 1948, el comportamiento sexual en el varón, *Sexual Behavior in the Human Male*, una obra basada en una investigación importante el uso de un cuestionario diseñado por Kinsey. En 1953, publicó el Comportamiento sexual en la mujer, *Sexual Behavior in the Human Female*, en colaboración con los mismos escritores, así como P. H. Gebhard. En estos libros, los autores describen el comportamiento de la población de los EE.UU, ambos estudios mostraron la práctica común de la masturbación, el sexo antes del matrimonio, las relaciones extramatrimoniales, las experiencias homosexuales, etc.

En los años 60, surgió el movimiento hippy, originario de los EE.UU, rápidamente conquistando casi todo mundo, difundiendo el mensaje de "haga el amor y no la guerra" a todas las naciones, provocando entre otros el fin de la guerra de Vietnam. Durante este periodo emerge el *movimiento feminista*. Las píldoras anticonceptivas también se hicieron disponibles en el mercado y a pesar de los debates, los argumentos y reacciones de los líderes religiosos en contra de los métodos anticonceptivos, las mujeres se liberaron del temor de un embarazo no deseado.

William Masters y Virginia Johnson en 1966, publicaron un libro científico sobre la Respuesta sexual humana, observaron individuos durante las relaciones sexuales en el laboratorio. Además de dar los primeros pasos en una terapia sexual, basado en un enfoque psicoterapéutico para tratar trastornos sexuales de

origen psicógeno. En el libro *Human Sexual Inadequacy*, de 1970, Masters y Johnson presentaron un programa terapéutico de 15 días para diversas disfunciones sexual, con altas tasas de éxito. Fueron pioneros en el desarrollo de un método de tratamiento breve de las disfunciones sexuales. (Masters & Johnson, 1970). Su trabajo, a su vez, condujo a una nueva área de estudio y práctica que ha llegado a ser conocido como la *Terapia Sexual*. Esta terapia sexual, fue breve, centrada en el problema, era un procedimiento directivo y se utilizaba predominantemente una perspectiva conductual. De acuerdo con la terapia, las conductas y reacciones emocionales se aprenden y por lo tanto se desaprenden, cambia el foco al “aquí y ahora” en lugar de estar como el foco psicoanalítico, arraigados en conflictos infantiles inconscientes.

La Sexología en este periodo, en su función manifiesta de *Ciencia de la Sexualidad*, recoge la herencia de las ciencias médicas y de las ciencias psicológicas. Promueve objetivos como la función sexual normal y la defensa del placer sexual, pero según algunos sociólogos, la Sexología en su función latente, sería similar a la de la religión y /o la medicina tradicional: dar normas y reglas al sexo, ponerle fronteras, delimitar lo correcto y lo incorrecto, lo normal de lo anormal y patológico.

Las perversiones cambian de nombre el otrora, sadismo, voyerismo, pedofilia, son denominados en la actualidad como *parafilias*. El prefijo *para* podría implicar indirectamente trazar soluciones para controlarlas (Michels, 2013).

En 1966, Harry Benjamin publicó el libro *El fenómeno transexual*, siendo un pionero en el estudio de disforia de género, influencia que perdura hasta nuestros días (Benjamin, 1966).

Helen Singer Kaplan en su libro *La nueva terapia sexual* (Kaplan, 1974) ha sido hasta el día de hoy, un manual informativo en el campo de la terapia sexual y utiliza varios enfoques psicológicos en la interpretación y tratamiento de las disfunciones sexuales. Su versión de la *nueva* terapia sexual, es una combinación ecléctica de enfoques psicodinámicos, sistémicos y conductuales, incluyendo la farmacoterapia, en caso necesario. Cuando el problema o síntoma inicial,

responde a un enfoque centrado en las intervenciones conductuales de manera positiva, la terapia terminaría. Sin embargo, si el enfoque conductual no provocó el resultado esperado, se emplearía un enfoque *psicoanalítico*.

La revolución cognitiva a finales de los 70, se caracterizaba porque daba una mayor importancia al rol del pensamiento consciente y el comportamiento sexual, ambos influenciados por las percepciones y creencias personales. Barlow propone un modelo según el cual las distracciones cognoscitivas de un individuo (pensamientos) interactúan con las emociones negativas tales como la ansiedad, las cuales producirían las disfunciones sexuales (Barlow, 1986). Con este nuevo modelo, los terapeutas conductuales podrían ahora comprender mejor las dificultades de un paciente mediante la evaluación del papel de pensamientos conscientes, y el comportamiento visible. Esta combinación de disciplinas científicas permitió la emergencia de las terapias cognitivo conductuales (TCC).

La terapia cognitivo-conductual en las disfunciones sexuales, ayudarían a los pacientes a desafiar sus pensamientos poco realistas acerca de la sexualidad y al mismo tiempo iniciar un cambio de comportamiento, permitiendo una mayor satisfacción sexual.

Durante los años 80, la Psicoterapia Sistémica cambia el enfoque de terapia sexual del individuo a la relación. Desde la perspectiva sistémica, un problema sexual, requiere la comprensión de la pareja a través de una mirada como sistema. La terapia se centra en la dinámica interpersonal y los patrones de interacción, con el fin de tratar de manera efectiva las disfunciones sexuales. Es la relación entre las partes individuales lo que cuenta, en lugar de las características de las partes por sí solas, la dinámica relacional se convierte en el foco de atención.

En 1982, el cirujano francés R. Virag publicó los efectos de la papaverina inyectada en el pene, dando como resultado una erección durante un período prolongado de tiempo (Virag, 1982). Posteriormente Brindley publicó su trabajo sobre el efecto de la fentolamina y fenoxibenzamina (alfa-inhibidores) en la erección, estos medicamentos, fueron posteriormente sustituidos por una mezcla

de prostaglandina E1 y α -ciclodextrina, este cambio fue debido a que se asocia con una menor probabilidad de priapismo (0,35-4%) y fibrosis (Brindley G,1983).

En marzo de 1998, la FDA aprobó un inhibidor de la fosfodiesterasa 5 (IPDE5) para el tratamiento de la disfunción eréctil, el sildenafil (Viagra®). Unos meses más tarde la FDA aprobó una segunda molécula con características similares el Vardenafil (Levitra®) y en 2003, se aprobó un tercer inhibidor de la PDE5 el tadalafil (Cialis®). Desde entonces, los médicos tienen una mayor variedad de medicamentos cuando se trata de problemas sexuales de origen predominantemente orgánicos. Debido a la eficacia robusta y seguridad de estas drogas sexo-activas, algunos pensaron que la terapia sexual, al menos para los hombres con disfunción eréctil, dejaría de existir. Claramente, este no ha sido el caso, y la terapia sexual sigue siendo un componente crítico en el éxito de las intervenciones terapéuticas.

En la actualidad, en el campo de la Sexología hay una tendencia hacia una terapia integral o combinada que aborde las cuestiones biomédicas y psicosociales relevantes que influyen en la disfunción sexual (DS). Además las intervenciones médicas y psicológicas pueden complementarse entre sí para un tratamiento más eficaz y con mejores resultados a largo plazo de las disfunciones sexuales.

II. LA EVOLUCIÓN DESDE UN COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO A UN DEVENIR ERÓTICO

Los cambios evolutivos cerebrales en los seres humanos, han provocado que los factores hormonales y feromonas se convirtieran en secundarios, mientras que los factores cognitivos y el sistema de estímulo/recompensa, han llegado a ser dominantes, pudiendo llegar a inferir el devenir humano de conductas reproductivas innatas a un comportamiento erótico/sexual aprendido.

Las etapas clave del comportamiento erótico/sexual, serían por una parte instintivas (es decir, controlado por estructuras neurales *pre-cableadas*) y por otro lado, otras etapas serían adquiridas. Este aprendizaje estaría provocado por

factores específicos ambientales y del desarrollo individual (caricias autoeróticas, visualización de actos sexuales, etc.). Esto permitiría efectuar conductas sexuales supuestamente instintivas, con comportamientos sexuales complejos sin experiencias previas manifiestas.

En los seres humanos, producto de la evolución, se produjo un crecimiento y desarrollo del sistema nervioso, sobretodo el cerebro que aumento su corticalización, creando un manto de control del neo córtex sobre el paleo/arquicerebro, esto aumentó el control psico-neurobiológico de la conducta sexual. Por lo que habría cambiado el comportamiento sexual, este ya no sería un *comportamiento reproductivo innato*, sino que un *comportamiento erótico adquirido*, que consistiría en secuencias de cognición, asociados a comportamientos de búsqueda de estimulación erógena. La importancia de los mecanismos de estímulo/recompensa y la cognición se han convertido en un factor predominante de la actividad sexual. Las hormonas sexuales serian el principal factor biológico de la conducta reproductiva heterosexual, estas actuarían sobre el control del desarrollo de un circuito neural específico sexual y activarían este circuito en la pubertad. Sin embargo, parece que este modelo se ha mostrado en los mamíferos no primates, no siendo en la actualidad válido en la mayoría de las especies homínidas con neo córtex.

Los datos recientes sugieren una influencia menor de las hormonas y feromonas durante la evolución de los primates superiores. Entre los primates homínidos y el ser humano sería preponderante el proceso de refuerzo (o sistema de recompensa), este sería el principal factor de origen del aprendizaje del comportamiento en la reproducción (Agmo 2007). En los seres humanos, el desarrollo importante de la neocorteza permitió entre otros la aparición del lenguaje, la cultura y la vida en comunidades, generando una gran influencia en la dinámica del comportamiento sexual.

En los seres humanos, el análisis funcional de los circuitos neurobiológicos muestra que el propósito de la conducta sexual ya no es la cópula reproductiva, si no que sería la activación del sistema erótico estímulo/recompensa. Este placer

intenso se proporciona por la estimulación de las zonas corporales y erógenas, en particular mediante la estimulación del pene, el clítoris, la vagina y el ano. Estos comportamientos neurobiológicos eróticos estimulo/recompensa, serían los objetivos primordiales. La reproducción en seres humanos, se convertiría según esta hipótesis, en una consecuencia indirecta de la búsqueda de recompensas eróticas (Wunsch, 2007, 2010).

Por otro lado, para tener un comportamiento sexual adaptado y funcional se requieren ciertas estructuras y condiciones. Contar con sistema de transmisores y receptores funcionales (señales internas, olfativos, visuales, auditivos, etc.). Una configuración mínima, de reconocimiento de señales, que proporcionen, directa o indirectamente, el reconocimiento de las eventuales parejas, la iniciación y la continuación de la conducta erótico/sexual/reproductiva. Poseer estructuras neurales locales y un pre-cableado, que permitan la inducción de algunos pasos claves en la conducta reproductiva (erección, intromisión vaginal, la eyaculación, etc.). Un fenómeno neural global tendiente a la reproducción, con la necesidad de tener una fuerte tendencia sensorio-motora (de acción) y/o psíquica (motivacional), para llevar a cabo los actos de relaciones sexuales penetrativas vaginales.

Si vemos este proceso desde una visión general, vemos que en los mamíferos existen cuatro factores primordiales innatos: hormonas, feromonas sexuales, los reflejos y el proceso de refuerzo.

Las Hormonas: Ellas regulan y coordinan la mayoría de los factores de la conducta reproductiva (Balthazart y Fabre-Nys, 2001). Inicialmente, durante el desarrollo fetal, controlan la diferenciación sexual de ciertas estructuras neurales (núcleo pre óptico, el hipotálamo...), estos centros participan en el comportamiento reproductivo. Luego en la adultez se produce la fase de activación, caracterizada por: a) la época propicia de reproducción (Aleandri , Spina, Morini, 1996) y b) período favorable del ciclo fisiológico del sistema reproductivo de la hembra (período de celo) permitiendo los siguientes fenómenos:

- Una motivación sexual general.

- Facilitación de los reflejos sexuales.
- Emisión de las feromonas sexuales.

El principal cambio en el control hormonal en los seres humanos, es la disociación de la fisiología de la reproducción y las actividades sexuales. Esto es particularmente visible en los hombres. En las mujeres, el control hormonal estral también ha virtualmente desaparecido, existen actividades sexuales a lo largo de todo el ciclo menstrual. Sin embargo, aún existe una baja influencia hormonal, dando una mayor frecuencia estadística de actividad sexual en el período peri-ovulatorio. En los seres humanos, no existe la inhibición estral de la conducta sexual, la actividad sexual humana puede tener lugar incluso cuando el cuerpo no puede reproducirse, y la sexualidad está disociada de la reproducción.

Las feromonas y la alteración del sistema vomeronasal: las feromonas son moléculas olfativas especializadas. Son el principal medio de comunicación de algunos organismos vivos. Provocarían la motivación sexual, dado por la vía principal olfativa, asociada al sistema vomeronasal (Moncho-Bogani, Lanuza, Hernandez, Novejarque, Martinez-Garcia, 2002). Además de la discriminación de una pareja reproductiva del sexo opuesto por el sistema vomeronasal (Stowers, Holy T, Meister, Dulac, Koentges, 2002). En los seres humanos tendrían poco efecto sobre el comportamiento sexual, este sería esencialmente fisiológico (por ejemplo, la sincronización del ciclo menstrual) o afectivo (Havlicek, Murray, Saxton, Roberts, 2010). La disminución de la importancia del olfato, causada por la alteración de los sistemas olfativos y vomeronasal sería una tendencia general de la evolución homínida.

Los reflejos motores innatos piramidales y extra-piramidales de la musculatura estriada: Estos reflejos sexuales permiten la realización de la cópula fecundante, estos son: 1) La lordosis y/o inmovilización, 2) La intromisión, 3) Los movimientos pélvicos.

Los reflejos sexuales autónomos y las respuestas neuroendocrinos: estos fenómenos, facilitan la copulación y permiten la fertilización. Estos reflejos son:1) La erección y la lubricación, 2) La eyaculación, 3) Reflejo de la ovulación causados por el coito y las feromonas.

El sistema estimulo/recompensa: el proceso de refuerzo (el nivel neurobiológico) o el sistema de recompensa (nivel psicológico). En estos procesos, podemos ver, que las áreas erógenas, la cópula, la eyaculación y el orgasmo, están relacionadas con un placer intenso; serían el origen del aprendizaje de secuencias no innatas, de la conducta reproductiva; provocarían la tendencia a la repetición de todas las actividades de estimulación del cuerpo y especialmente las áreas genitales (Agmo 2007).

Zonas erógenas o transiciones orificiales muco-cutaneas: los trabajos de Winkelmann muestran que las zonas erógenas genitales consisten en tejido muco-cutáneo, este tejido se encuentra en todos los orificios corporales o cerca de ellos (pene/clítoris, prepucio, la parte exterior de la vulva, la piel perianal, los pezones y los labios), en otras palabras, las zonas de transición entre la piel/exterior y la mucosa /interior del cuerpo, (Winkelmann, 1959).

La mayoría de estas zonas erógenas, son estimuladas durante las actividades eróticas, sugiriendo que el tejido muco-cutáneo sería el *tejido erógeno*. Estas zonas erógenas, al ser elicitadas, crean un sistema que provoca la repetición y reforzaría la estimulación del cuerpo. La estimulación de las zonas erógenas activa las recompensas, produciendo una sensación consciente del placer erótico, por tanto, provocan el deseo de repetir esta actividad estimulante, para obtener más placer y goce.

Estímulos hedónicos: varios estudios han demostrado que la piel con vellos del cuerpo está en conexión con el sistema de recompensa, y la corteza insular, ambas regiones implicadas en las sensaciones de procesamiento hedónicos

(Wessberg, Olausson, Fernstrom, Vallbo, 2003, Olausson, Wessberg, Morrison, McGlone et Vallbo, 2010). Estos trabajos muestran una relación funcional entre la estimulación del cuerpo y la producción de sensaciones placenteras. Esto implica que los homínidos, siendo seres sociables, buscarían estimulación por el contacto físico del cuerpo o caricias, autogeneradas o en relación a otros, debido a que la estimulación del cuerpo proporcionaría placer y otras recompensas. Estos resultados también explican la continuidad entre las caricias agradables, caricias sensuales y caricias eróticas, como la piel pilosa, está en casi todo el cuerpo y cercana de las zonas erógenas (Olausson, Lamarre, Backlund, Morin, Wallin, et al, 2002, McCabe, Rolls , Bilderbeck , McGlone, 2008).

Los elementos cruciales, para la realización de una conducta reproductiva en los homínidos corticalizados, serían adquiridos durante el período de desarrollo, enumerando los principales a continuación:

1. El reconocimiento de los congéneres, es decir, parejas de la misma especie

El aprendizaje de las características de los congéneres está predeterminado por el contexto del desarrollo intersubjetivo y cultural. Los procesos de aprendizaje, explicarían la codificación específica y precisa de las creaciones de nuevas sinapsis nerviosas necesarias para el complejo mecanismo de interpretación de formas y situaciones erotizantes (por ejemplo labios rojos, tamaño de los senos, aspecto de los glúteos, diámetro de las caderas, etc.).

El canal visual: la visión es un canal sensorial muy importante en los seres humanos, especialmente en el hombre. Desmond Morris (1971) explicaría la similitud entre la forma de los pechos y las nalgas en los humanos, ya que la actividad sexual se puede efectuar cara a cara, la transducción de señales excitatorias posteriores específicas como las nalgas, en una señal anterior similar, los pechos. Los pechos según Morris serían así las “nalgas delanteras”. Diversos estudios mostraron que las nalgas y pechos, eran las dos señales más atractivas

para el sexo masculino. Sin embargo los estudios de las neurociencias demuestran que el sistema visual se desarrolla como un sistema complejo de reconocimiento de patrones además estaría en relación a las áreas asociativas de la corteza temporal inferior, siendo esta una de las regiones más complejas del cerebro, por lo tanto alejarían esta visión de los senos como las “nalgas delanteras” a un aspecto de origen con predominio de construcción intersubjetiva y cultural, tal vez en relación al periodo de amamantamiento post parto más que un fenómeno genético o incluso epigenético.

2. La motivación erótico/sexual a buscar el contacto físico genital

Esta motivación podría adquirirse durante el desarrollo, en particular a través del proceso de refuerzo hedónico de las zonas erógenas. Esta motivación erótico/sexual, se ha visto incluso in-útero, con una fase exploratoria inicial en la infancia, siendo fuertemente potenciada en la pubertad bajo la influencia de las hormonas sexuales, posiblemente mediante la modulación de la acción de la testosterona sobre las enzimas que controlan la síntesis de los neurotransmisores implicados en el proceso sexual (Du& Hull ,1999).

3. La socialización erotico/sexual

Seria aprendida durante juegos sociales, practicada por los hominidos jóvenes a lo largo de su desarrollo. Estas actividades placenteras, divertidas y lúdicas, se repiten con frecuencia, ya que se refuerzan, durante el período de desarrollo, intensificándose desde el periodo puberal (Trezza, Damsteegt, Achterberg, Vanderschuren, 2011).

4. La capacidad de posicionamiento genito-genital adecuada de los cuerpos

Estas capacidades requieren la existencia de representaciones corporales específicas (del individuo y el de su pareja), codificados en las áreas más complejas del sistema nervioso central. (Gruendel y Arnold 1969, Wunsch 2007). Se ha visto que cuando no existe un aprendizaje previo, no se producen las

relaciones de manera satisfactoria, esto puede estar relacionado con un déficit estructural del *esquema corporal* y se caracteriza por la incapacidad para colocar adecuadamente el cuerpo a fin de tener éxito en la intromisión (Hard & Larsson 1971). Se requiere la existencia de representaciones mentales y posiciones específicas del cuerpo en el espacio, esta capacidad sería aprendida en el cuerpo, por la interacción y el juego sexual con sus compañeros. Estas actividades se repetirán debido a su carácter de reforzamiento (Trezza et al, 2011). El contacto temprano del cuerpo en el periodo postnatal y especialmente todo tipo de contacto físico y las exploraciones realizadas en los juegos sociales podría ser la causa de la construcción de un *diagrama corporal erótico* del individuo y de sus congéneres. El aprendizaje de un esquema corporal permite, hacer ajustes posturales adecuados genito-genital.

Estas interacciones corporales, relacionadas con los genitales, podrían desencadenar reflejos sexuales e iniciar secuencias parciales de juegos sexuales, integrándose gradualmente en patrones motores más globales (Hard & Larsson 1971), iniciando así gradualmente el aprendizaje de una conducta erótico/sexual más amplia. La estimulación corporal reiterada, modificarían el desarrollo de las estructuras neuronales implicadas en el control de la conducta sexual (amígdala en su zona medial, núcleo preóptico medio, núcleos motores espinales; Cooke, Chowanadisai, Breedlove, 2000). El comportamiento reproductivo, dependería de un factor genéticamente organizado y hormonalmente programado de estas estructuras, pero una gran parte de control sería adquirido. De esta manera, la interacción entre factores ambientales y factores innatos permite el desarrollo estructural y funcional del sistema nervioso, y el desarrollo de la conducta erótico/sexual con un circuito neural específico.

En el modelo arquetípico de comportamiento reproductivo, las hormonas tendrían un papel importante de coordinación y modulación del comportamiento reproductivo. La melatonina, por su acción sobre las neuronas GnRH, activaría el comportamiento sexual durante el periodo favorable para la reproducción (Aleandri, Spina, Morini, 1996). Las hormonas sexuales Iniciarían el

comportamiento reproductivo en la pubertad, levantarían la inhibición tónica de los reflejos sexuales, reducirían los umbrales sensoriales, activarían la síntesis y liberación de feromonas sexuales y potenciarían la motivación sexual. Luego, durante la fase de motivación, cuando los homínidos sexualmente *naífs* están presentes, las feromonas que son específicos de género, es decir, sólo se liberan por la pareja del sexo opuesto, serían las principales señales primarias que determinarían la motivación sexual heterosexual (Moncho Bogani, Martínez-García, Novejarque, Lanuza , 2005) y la discriminación heterosexual de la pareja (Roberts et al, 2010).

Para relacionarse de una manera adecuada, de contacto físico, y posicionar adecuadamente sus cuerpos, se requieren: la socialización sexual, la motivación sexual, buscar el contacto físico genital y la capacidad de posicionamiento genitogenital adecuada de los cuerpos. En la fase de consumación, cuando los homínidos están en contacto físico, los estímulos físicos provocados por cada acción desencadena un estímulo reflejo para la siguiente acción: montada, lordosis, la intromisión y movimientos pélvicos, la eyaculación y la liberación del óvulo. Una vez que se efectuó de manera completa un comportamiento sexual inicial, al aumentar progresivamente la experiencia sexual, se experimentan las diversas secuencias motoras, éstas se ejecutan de manera cada vez más eficiente, además se asocian respuestas eróticas a otras señales (visual, auditiva, gustativo, etc.), pudiendo llegar a ser respuestas sexuales condicionadas (Pfaus et al, 2012). Por lo tanto, el comportamiento reproductivo se puede efectuar a pesar de la ausencia de ciertas señales. Estos factores innatos y adquiridos sugieren que no existiría un comportamiento reproductivo instintivo, sería más bien una posibilidad de coordinación de los distintos módulos funcionales, innatos pero elementales. Esta coordinación permitiría, después de un aprendizaje necesario, la aparición de una conducta reproductiva.

Wunsch propone un cambio de paradigma, el concepto de un *instinto parcial*, es decir, un conjunto incompleto de elementos innatos, asociados a las circunstancias ambientales específicas que casi siempre existen durante el

desarrollo, permitiendo un aprendizaje y un perfeccionamiento reproductivo completo (el contacto del cuerpo, estímulos sensoriales, las interacciones madre-hijo), los elementos que faltan son siempre indirectamente adquiridos y el comportamiento *en parte instintivo* se ejecuta correctamente en su etapa de madurez, sin necesidad de un aprendizaje específico.

La evolución del comportamiento reproductivo: Los principales cambios en los humanos, son los siguientes:

- Un importante desarrollo del cerebro, principalmente el neo cerebro , con capacidad de modular el arqui y paleo cerebro.
- Un deterioro funcional de los sistemas de feromonas y vomeronasales/olfativos.
- Las actividades sexuales permanentes, disociándose de los ciclos hormonales y reproductivos.

Durante la evolución, el tamaño y la organización del cerebro de los mamíferos han cambiado de manera radical. El importante desarrollo del neo-córtex, permitió la emergencia de las capacidades cognitivas humanas (memoria, razonamiento, abstracción, el simbolismo, la creación de herramientas...). Este aumento general del cerebro humano, tanto cuantitativa como cualitativamente, indujo además un incremento en la importancia de los factores cognitivos en el comportamiento de reproducción. Aparentemente al existir más neo-córtex desarrollado en una especie dada, se observa una mayor variación y adaptación del comportamiento debido a las capacidades de análisis ambientales y de la experiencia individual. En los seres humanos, la corteza, está muy desarrollada y llega a representar las tres cuartas partes del cerebro, esto permitió el surgimiento de la cultura, el lenguaje y su influencia decisiva sobre la sexualidad humana.

La alteración del sistema vomeronasal y la alteración de aproximadamente el 90% de los genes de los receptores de feromonas, causa la disfunción o la desaparición de las funciones feromónicas. Se observa un deterioro de la capacidad de reconocimiento de la pareja del sexo opuesto. Las feromonas todavía se pueden ver en el sistema olfativo principal, se observan efectos

residuales, especialmente de comportamiento, pero estos son bajos en los seres humanos (Havlicek et al, 2010).

En cuanto a los factores hormonales, los cuales juegan un papel importante en el control de la conducta reproductiva, vemos que las actividades sexuales en los humanos, el control del estro (periodo de celo), se debilita: la mujer puede tener actividades sexuales a lo largo de todo su ciclo, aunque quedan algunos efectos hormonales en el período reproductivo (Brown, Calibuso, Roedl , 2011). Las hormonas puberales ya no son críticas en la iniciación del comportamiento sexual en los seres humanos.

En resumen, en los homínidos y los seres humanos, se pueden observar los factores primordiales innatos de comportamiento reproductivo: los reflejos sexuales (erección, lubricación, intromisión, movimientos pélvicos, eyaculación). También el proceso de refuerzo, asociado con las zonas erógenas mucocutaneas, que están en el origen de la reiteración de actividades específicas de estimulación del cuerpo, principalmente en las áreas genitales. Durante los estímulos sexuales, se produce la búsqueda de refuerzos eróticos, a través de la estimulación de las zonas erógenas. La actividad sexual no está más centrado en la cópula fecundante, sino que en la búsqueda de placeres eróticos (Wunsch, 2007, 2010).

Modelo de Comportamiento en primates superiores y seres humanos : Principalmente dos sistemas: somato-sensoriales en relación al refuerzo. La primera, más generalizada, es un sistema localizado en la piel con pilosidades, constituido por fibras conductoras lentas no mielinizadas. Estas responden al tacto ligero, proyectándose en las regiones límbicas y el sistema de recompensas, provocando respuestas emocionales agradables (Olausson ,Wessberg, Morrison, McGlone, & Vallbo, 2010).

El segundo sistema, son las zonas erógenas. Estas áreas están constituidas por tejido muco-cutáneo, (tejido de transición entre la piel y las membranas mucosas internas). Esta piel se caracteriza por un espesor reducido y con

estructuras neurales sensibles. Las zonas erógenas son el pene/clítoris, prepucio, la parte externa de la vulva, la piel perianal, los pezones y los labios. Las zonas erógenas están densamente innervadas, con gran capacidad de estimular la excitación cortical (Schober, Weil, Pfaff, 2011).

Los primeros estímulos eróticos, pueden ser muy diversos, desde el cuidado parental (alimentación, aseo, afecto físico), en un segundo tiempo, o juegos físicos eróticos con sus pares o auto-estimulación. Después de la primera aparición de los estímulos eróticos, los dos sistemas somato-sensoriales inducen a la búsqueda y repetición de contacto físico hedónico y erótico.

En el proceso de refuerzos, las zonas erógenas y la intensa heterocomplementariedad anatómica del pene y la vagina, parecen ser la causa de dos fenómenos singulares: 1) la aparición de una dinámica de comportamiento particulares: el comportamiento erótico y 2) el aprendizaje de una secuencia específica motora: el coito vaginal-penetrativo. La estimulación de los genitales causa un placer erótico muy intenso, incluyendo el orgasmo, esto sería un factor importante para facilitar la adquisición y la repetición de las relaciones sexuales vaginales y la reproducción.

En la actividad sexual humana la estimulación erótica corporal auto-generada o producida por la pareja es muy diferente de una acción centrada exclusivamente en el comportamiento reproductivo (relaciones sexuales vaginales penetrativas). Estos datos sugieren, que las actividades sexuales humanas consisten principalmente en una estimulación erótica amplia del cuerpo. Se observa una disociación total entre el comportamiento reproductivo innato y el comportamiento erótico adquirido. La actividad erótica se adquiere y se desarrolla a partir de zonas erógenas primarias o nuevas y sin relación con la reproducción, mientras que los reflejos sexuales que permiten la realización innata de las secuencias finales de la cópula (erección, lubricación, eyaculación) siguen existiendo.

En los seres humanos, existiría un comportamiento sexual modificado destinado a estimular las zonas erógenas del cuerpo. La reproducción estaría sin

embargo, conservada, debido a la intensa erogenicidad de pene/clítoris que promueve actividades genitales, incluyendo el coito vaginal esencial para la fecundación. En el comportamiento erótico, los refuerzos de las sensaciones percibidas conscientemente del placer erótico actuarían como un principio de organización y estructuración: con el tiempo y la experiencia, se observa que las actividades eróticas se vuelven propias, desarrolladas y conscientes para el individuo. En la madurez, los esquemas mentales y motores se organizan en torno a un propósito específico primario: la obtención de sensaciones eróticas y el disfrute orgásmico.

Las principales zonas erógenas (genital, anal, oral y los mamezones o pezones) están formadas por tejido muco-cutáneo, en zonas orificiales del cuerpo que están involucradas en las interacciones de salida y entrada de materia y fluidos, siendo una interfaz entre el interior y exterior, estas son necesarias para la supervivencia del individuo y de la especie, con un significado funcional y adaptativo. El comportamiento erótico, se desarrolla y se organiza en la búsqueda de una estimulación recursiva y óptima del tejido muco-cutáneo, donde algunas de estas zonas están sin relación directa con la reproducción.

En los mamíferos corticalizados, los factores hormonales y feromonas se han convertido en estímulos secundarios, mientras que el sistema de recompensa y los factores emocionales y cognitivos serían los dominantes.

Los resultados del estudio de Wursh sugieren que no existirían instintos o programación reproductiva innata, sino más bien serían procesos neurobiológicos, innatos elementales, con capacidad de originar sólo aproximaciones y tendencias globales. Estas tendencias en el desarrollo y la interacción con el medio ambiente, permitirían el aprendizaje por ensayo y error de la conducta, relativamente adaptados para la supervivencia del individuo y de la especie. El comportamiento reproductivo no sería innato, sino más bien por imbricaciones específicas entre el proceso de refuerzo y las zonas erógenas, aparecería una nueva conducta cuya finalidad sería la estimulación del cuerpo. Este comportamiento, que llamamos *comportamiento erótico*, induciría a la adquisición de diferentes actividades de

auto homo, hetero y bisexuales, con una búsqueda de los placeres físicos lo que, indirectamente, llevaría a las relaciones coitales vaginales penetrativas.

El deseo y las actividades sexuales, serían únicas para cada individuo, estas serían las resultantes de la interacción y la integración de la experiencia individual con los diversos aspectos biológicos, culturales y del desarrollo humano. Los circuitos neurales innatos de la reproducción han cambiado durante la evolución en los homínidos. Principalmente se observa alteración en 90% de los genes de los receptores de feromonas, la desaparición funcional del reflejo de lordosis, el importante desarrollo de la corteza cerebral, la cognición, y los factores socio-culturales, así como la desaparición de inhibiciones hormonales cíclicas.

Por estas razones, la influencia de las hormonas y feromonas disminuye en los seres humanos. Especialmente la sexualidad humana se disocia de los ciclos hormonales de reproducción, donde el sexo y recompensas eróticas son continuamente funcionales.

Los estímulos/recompensas y la cognición, se vuelven prominentes en los Homínidos. La práctica de diversas actividades sexuales, son principalmente para estimular las zonas erógenas. Este comportamiento sexual tiene beneficios, y no es compatible con un instinto primario de reproducción, en el estado actual podríamos acercarnos a un nuevo modelo, más holístico el de *comportamiento erótico*.

En el ser humano el comportamiento erótico/sexual/reproductivo, el principal factor para iniciar la actividad sexual, sería el placer somato sensorial, producido por proceso límbico innato modulado por el desarrollo cognitivo y conductual adquirido y principalmente estructurado según los factores hedónicos culturales.

El instinto sería solamente vestigial siendo un conjunto incompleto de estructuras y funciones innatas, esto no permitiría a la especie humana reproducirse sin un aprendizaje previo. Cuando las condiciones ambientales y culturales son favorables, estas funciones aisladas se pueden coordinar, a través del aprendizaje induciendo el coito penetrativo vaginal y la fertilización.

III. LA RESPUESTA SEXUAL, MODELOS Y BASES PSICO/BIOLÓGICAS

El deseo/interés sexual, ha variado en el tiempo, borrándose los aspectos más clásicos en las nuevas generaciones y en grupos etarios de gente mayor persistirían ciertos componentes como : que lo masculino se centraría principalmente en el objetivo final, es decir, el placer físico en las relaciones sexuales, según un mecanismo relativamente simple de necesidad/estimulo/recompensa ; mientras que el deseo femenino, frecuentemente, buscaría componentes más indirectos y secundarios, alimentándose en la relación y en la ternura con emocionalidades más complejas, basada más que nada en el interés/ deseo del encuentro con el otro (Cour, Droupy, Faix, Methorst, et al., 2013).

En el deseo/interés sexual, por una parte, existe un componente biológico con bases neuroendocrinas; en los seres humanos, se asocia un componente psicológico de modulación. Podemos distinguir a grandes rasgos, el *deseo/interés sexual espontáneo* en las relaciones; como estímulos emocionales intrínsecos, cognitivos, además de las fantasías y el *deseo/interés sexual reactivo* en respuesta a la excitación externa.

En un sentido biológico primario, el deseo/interés sexual corresponde a un impulso instintivo, que busca finalizar en el acto sexual, tiene como objetivo asegurar la perpetuación de la especie. En animales de experimentación se ha visto que se produce la activación de los sistemas dopaminérgicos y opiáceos, ambos interactúan en el cerebro controlando la motivación sexual, principalmente en centros hipotalámicos y mesolímbicos, estos permiten: reconocimiento de la naturaleza sexual de un estímulo (condicionado o no), centrar la atención en el estímulo y expresión de comportamientos motores con un enfoque preparatorio al acto sexual (Pfaus & Frank ,1996).

En el ser humano, el amor, definido como un sentimiento de afecto intenso y sensación de deseo de unión con su ser querido, es diferente del deseo/interés sexual, sin embargo, existen similitudes neuroendocrinas y bioquímicas cerebrales. Estas han sido evidenciadas por imágenes de resonancia magnética

funcional del cerebro (RMF). Un meta-análisis de los resultados del estudio en RMF, muestran que el amor y el deseo sexual activan una red similar de vías neuronales específicas, incluyendo la ínsula (contiene hormonas esteroidales y tiene como función la percepción consciente de la sensibilidad visceral), el cuerpo estriado ventral, el área tegmental ventral, la amígdala, el tálamo, el hipocampo, así como las áreas específicas y corteza límbica. Estas regiones están implicadas en las percepciones de las emociones, la integración de sensibilidades viscerales y somáticas, los comportamientos sociales, además de los sentimientos e intenciones hacia los demás.

Las diferencias amor/deseo, existen por ejemplo en la ínsula: la parte frontal es activada por sentimientos románticos y la parte posterior por el deseo sexual. Esta función neuro-funcional de progresión postero-anterior, es consistente con el concepto del amor, ya que éste sería una construcción abstracta basada en parte en las representaciones mentales del tiempo y las emociones (incluyendo el deseo/interés sexual), además de eventos repetidos y compartidos con otra persona.

El deseo/interés sexual, activa más intensamente las regiones en relación con el cuerpo (corteza somatosensorial, lóbulo parietal inferior), mientras que el amor activa regiones dopaminérgicas de manera más intensa, estas son áreas relacionadas con la motivación, la recompensa y la formación de hábitos (Cacciopo , Bianchi-Demicheli, Frum, Pfaus et al, 2012).

La estimulación sexual visual produce una activación neuronal mayor y más rápida en el hombre: en el hipotálamo y la amígdala. Por otra parte, en las mujeres durante la estimulación de sus genitales, la activación es mayor a nivel frontoparietal izquierda, esto coincide con la importancia de las representaciones mentales de la pareja en el proceso de la estimulación sexual en las mujeres.

Finalmente, los receptores de feromonas y algunos cambios en conexiones a nivel de la red nerviosa de la amígdala e hipotálamo, podrían influir levemente en la orientación sexual de los individuos (Salonia, Girdali, Chivers, Georgiadis et al, 2010). El sistema límbico, participa en la iniciación y desarrollo de la actividad

sexual (deseo, excitación y comportamiento). Inicia la cascada de elementos neurovasculares incluyendo respuestas: somática, genital y el comportamiento apropiado. El sistema límbico, además, modula la percepción del deseo y la emoción.

El neocórtex también está implicado en la respuesta sexual, en la integración de los estímulos. Los lóbulos frontales tienen un rol principalmente de inhibición. Los estímulos sexuales de diferentes zonas erógenas en las mujeres (clítoris, los pezones, la vagina), tienen una representación cortical, estas áreas (homúnculo) están situadas en el lóbulo paracentral y en el nivel de núcleo ventrolateral del tálamo. Para cada zona estimulada, se evidencia un área cortical específica, en el lóbulo medio de la región paracentral (Komisaruk, Wise, Frangos, Liu et al, 2011).

Vías neuronales de la excitación sexual (similares en ambos sexos): El sistema nervioso autónomo controla la vascularización del piso pélvico, el tono de la musculatura lisa, el nervio pudendo, por su parte controla la contracción de los músculos estriados perineales (piso pélvico).

- Centro parasimpático sacro S2 a S4, los axones a través de las raíces sacras anteriores forman parte del plexo hipogástrico inferior (Plexo pélvico);
- Dos centros simpáticos toraco-lumbares de T11 a L2;
- Centros sacros somáticos de S2 a S4, correspondientes a las raíces sacras anteriores y el nervio pudendo.

RAICES	NERVIO	TIPO	NEUROTRANSMISOR	FUNCIÓN
S3 (S2-S4)	Nervio Pélvico	Parasimpático	- Óxido Nítrico. (NO) - Neuropéptido. (VIP) - Acetilcolina	- Erección - Lubricación vaginal
T12-L2	Nervio Hipogástrico	Simpático	Noradrenalina	- Emisión seminal - Contracciones uterinas - Detumescencia
S2-S4	Nervio Pudendo	- Somatomotor (m. bulboesponjoso, m. isquicavernoso, m. pubococcigeo) - Somatosensorial (sensibilidad de genitales externos)	Acetilcolina	- Erección. - Eyaculación. - Contracciones orgásmicas. - Sensibilidad táctil

Nervios periféricos que regulan el funcionamiento de los órganos genitales durante la Respuesta Sexual (Castroviejo, 2010).

Los neurotransmisores en la respuesta sexual

En la mujer, la respuesta vascular genito-perineal (vulva, clítoris, vagina) y los cambios de tono en la musculatura lisa de la vagina, están reguladas por la acetilcolina, la noradrenalina, el péptido intestinal vasoactivo (regulación del flujo sanguíneo), el monóxido de nitrógeno (ON), el neuropéptido Y y la sustancia P, entre otras (Giraldi & Levin, 2006).

La dopamina, es un neurotransmisor que pertenece al tipo de las catecolaminas, es un derivado de la tirosina. En el sistema nervioso central, activa los receptores de la dopamina postsinápticos. Se produce principalmente en la sustancia negra y el área ventral tegmental, facilitando la respuesta sexual femenina. Está presente en el área tegmental ventral y en el hipotálamo. La dopamina, inhibe la liberación de prolactina, está involucrada en el olfato, la memoria, las emociones. También está implicada en sistema de estímulo/recompensa relacionada con la búsqueda del placer.

En animales de experimentación, la concentración de dopamina en el núcleo accumbens aumenta cuando la hembra está receptiva a la presencia del macho y durante la cópula, mediada por los receptores D2. En las mujeres, la dopamina está implicada en el deseo sexual directa o indirectamente a través de la

prolactina. Podríamos decir que, en el estado actual del conocimiento, la dopamina es el principal neurotransmisor del componente de refuerzos motivacionales.

La oxitocina es una hormona secretada por los núcleos para-ventricular, supra-ópticos del hipotálamo y por la hipófisis posterior. Estudios recientes han sugerido que la oxitocina puede tener un papel en varios comportamientos, tales como el orgasmo, el reconocimiento social, la empatía, la ansiedad, los comportamientos maternos, etc.(Meston & Frohlich 2000).

En la relación sexual propiamente tal, la oxitocina aumenta durante la fase de excitación y el orgasmo, produce una sensación de satisfacción y saciedad post coital, es considerada *la hormona del placer, hormona de la felicidad* o como *la hormona de la ternura*, porque promueve el comportamiento afectivo en las interacciones no sexuales. La oxitocina, es liberada desde la hipófisis, después de la estimulación del cuello uterino y después de la succión del pezón, estimulada por estradiol y la angiotensina. Esta secreción sigue un ritmo circadiano y menstrual. Existe también una mayor secreción durante la ovulación y la fase lútea.

La serotonina, también llamada 5-hidroxitriptamina (5-HT), es una monoamina de la familia de las indolaminas. Es un neurotransmisor en el sistema nervioso central y en el plexo intramural del tracto gastrointestinal. Las neuronas serotoninérgicas, se encuentran en tronco cerebral, estas se proyectan a todo el cerebro y la médula espinal. La serotonina está implicada en la regulación del estado de ánimo y por lo tanto, en los fenómenos en relación a la ansiedad y la depresión. En la región límbica La serotonina está implicada en el control de placer y la motivación (Frohlich & Meston 2000).

NEUROTRANSMISORES	INERVACIÓN GENITAL	MÉDULA ESPINAL	CEREBRO
-MONOAMINAS:	-----	-----	+++
Dopamina	-----	+++	+++
Serotonina	+++	+	+++
Noradrenalina	+++	++	+
-ACETILCOLINA			
-AMINOÁCIDOS:		-----	
GABA	-----	+	++
-PÉPTIDOS:			
Opioides	-----	-----	+++
VIP	+++	-----	-----
Neuropéptido Y	+	-----	++
Alfa-MSH	-----	+	+++
Sustancia P	+	+	-----
Oxitocina	-----	-----	++
Gn-RH	-----	++	++
TRH	+	++	+
-GASES:			
NO	+++	-----	++
CO	□ ++		++

Neurotransmisores centrales y periféricos implicados en el control de la función sexual. neurotransmisores en la función sexual: +++, establecida fehacientemente; ++, posible mediano; +, posible débil ; -----, no hay datos que lo sustente. (Castroviejo, 2010).

Moduladores esteroidales

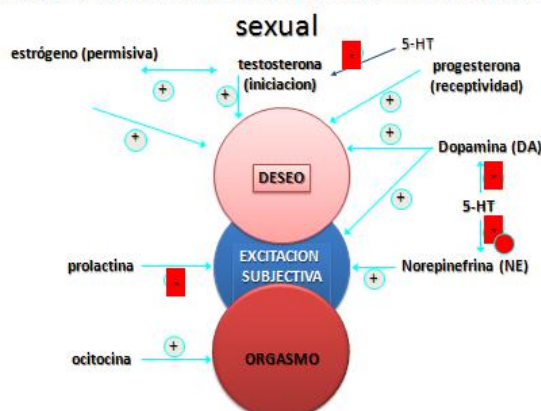
Los estrógenos son un grupo de esteroides cuya función principal sería de hormona sexual femenina. Se producen principalmente en los folículos ováricos, el cuerpo lúteo y la placenta. La principal forma de estrógeno es el 17beta estradiol o E2. El estrógeno podría influir en la libido en las mujeres, ya que tiene un efecto directo sobre las neuronas del hipotálamo en la zona supra-quiasmática. En la periferia, los estrógenos sensibilizan la piel y zonas erógenas, estructuras claves para los estímulos sexuales externos. Los estrógenos ejercen también un efecto significativo en la salud vaginal, así como en la capacidad de lubricación de la vagina (Nappi et al, 2005).

La testosterona, es una hormona esteroidea, pertenece al grupo de los andrógenos. En los mamíferos, la testosterona es secretada principalmente por las gónadas, es decir, los testículos masculinos y ovarios femeninos (en cantidades más pequeñas), también producen testosterona las glándulas suprarrenales y

algunos otros tejidos. Esta es la principal hormona sexual masculina y anabólica *original* de esteroides. Los efectos biopsicosexuales de la testosterona, estarían en gran parte de la respuesta sexual, comenzando por desarrollar y mantener las estructuras erógenas activas, favorece la estimulación del deseo sexual y el comportamiento sexual en todos los seres humanos, tanto hombres como mujeres. La testosterona libre en plasma, es el principal modulador de los efectos androgénicos. En la mujer, una proporción de la testosterona es convertida a estradiol en el cerebro, Actuando a través de receptores en el área preóptica medial del hipotálamo y el sistema límbico (Sherwin, 2002).

La prolactina, tiene efectos mamotróficos (crecimiento de glándulas mamarias); efecto lactogénico (estimulación de la síntesis de leche); efecto libidinal (participando en la sensación de placer y bienestar después de un orgasmo). Además influencia el deseo sexual femenino.

Efectos hormonales centrales en la función sexual



Modificado de Clayton AH. *Psychiatric Clinics of North America* 2003; 26:673-682

Características del ciclo de la respuesta sexual masculina.

La erección peneana: la erección es un fenómeno fisiológico en el que el pene se vuelve firme y aumenta de tamaño. La erección del pene es el resultado de una interacción compleja a nivel de sistemas endocrino, psicológico, neurológico y vascular.

Hay tres tipos de erecciones; *refleja* se produce en respuesta a la estimulación local; *psicógena* se produce en respuesta a la estimulación cerebral: visual, auditiva, por fantasías eróticas; *nocturnas* durante el sueño, específicamente durante las etapas REM, sensibles a la impregnación androgénica.

La erección psicógena responde a una estimulación cerebral. El área preóptica medial y el núcleo paraventricular hipotálamico son regiones de integración y regulación de la respuesta sexual en general y la erección en particular, también están involucradas en la modulación de erecciones reflejas supraespinales. Las erecciones nocturnas son también de origen supraespinal.

Los mecanismos locales son comunes independientemente del tipo de erección y nervios efectores: los nervios cavernosos, ramas del plexo pélvico, las fibras proérectiles efectúan la liberación de óxido nítrico (ON), el cual desencadena la relajación de las células musculares lisas de tejido eréctil, el pene comienza a llenarse de sangre. Cuando los sinusoides están llenos, se comprime las venas peneanas, efectuando un mecanismo veno-oclusivo, produciendo finalmente la rigidez del pene (Cour et al, 2013).

La eyaculación: son múltiples los eventos fisiológicos que conducen a la expulsión del semen por el meato uretral. La eyaculación, es una serie de eventos complejos que implica múltiples coordinaciones neuromusculares, en una secuencia bien definida. La eyaculación tiene dos fases distintas: emisión y expulsión. Estas dos fases son controladas por un centro eyaculatorio medular, incluyendo neuronas lumboespino-talámicas. La fase de emisión incluye la secreción de fluido seminal por las glándulas sexuales accesorias, la contracción de las vías del epidídimo y vesículas seminales a la próstata, permitiendo el transporte de espermatozoides, acompañado por el cierre del cuello de la vejiga. La fase de expulsión corresponde a las contracciones rítmicas del músculo liso uretral y los músculos perineales estriados, incluyendo el músculo bulbo-esponjoso, dando como resultado la expulsión de espermatozoides. Los órganos y estructuras anatómicas implicadas en la eyaculación, tienen inervación simpática y parasimpática, además

de mecanismos no adrenérgicos, y no colinérgicos, representado por fibras peptidérgicas, purinérgico y de óxido nítrico (Giuliano, 2011).

Características del ciclo de la respuesta sexual femenina.

Existe una mayor complejidad y variabilidad de la respuesta sexual femenina, teniendo en cuenta la subjetividad como factor modulador en un primer plano, lo que hace difícil estudios fisiológicos sistemáticos. Las mujeres, tendrían una mayor tendencia a la disociación mente/cuerpo, a diferencia del sexo masculino, en el cual la respuesta objetiva/subjetiva estaría más alineada.

Para iniciar una relación sexual, muchas mujeres requieren aumentar su cercanía emocional con su pareja, necesita sentirse atractiva, femenina, apreciada, amada y/o deseada y no debe sentirse ansiosa o culpable.

El deseo *espontáneo* se construye con la influencia de las hormonas sexuales a nivel hipotalámico. En este nivel, receptores de estrógenos, progesterona y andrógenos controlan el estado de ánimo y modulan la respuesta sexual. Este ciclo sexual comienza con el desarrollo de un pensamiento o una fantasía sexual. El deseo en algunos casos puede ser *reactivo*, se produce durante el encuentro erótico con un otro o durante las relaciones sexuales.

Fisiología de la excitación sexual: durante esta fase, existe un aumento significativo en la actividad del sistema nervioso central y periférico, ayuda a preparar el cuerpo para una actividad sexual. La activación del sistema parasimpático, permite un aumento de débito sanguíneo genital y activación del tejido eréctil del clítoris, paralelamente se produce la estimulación del sistema simpático, esto aumentaría el débito sanguíneo cardíaco, incrementando el flujo arterial al músculo liso y los órganos genitales. La fase de excitación se caracteriza por un fenómeno de lubricación vaginal (trasudado secundario a vasodilatación de los capilares de la vagina), la congestión del clítoris y los labios menores, el espaciamiento de los labios mayores y el alargamiento del segmento postero-superior de la vagina. Esta fase de excitación sexual, se correlaciona

generalmente, con una mayor actividad cortical y un efecto de retroalimentación positivo que permite una respuesta integrada, apropiada y un aumento cada vez mayor de la excitación (Salonia et al, 2010).

Después de esta fase inicial, viene fase de meseta, caracterizado por un cambio en la forma de la vagina, adquiriendo esta un aspecto piriforme, con estrechamiento del tercio inferior vaginal, por el efecto de la contracción del diafragma pélvico.

El orgasmo: durante el orgasmo, la mujer tiene un sentimiento de satisfacción y euforia, intensa. En esta fase se producen contracciones musculares espasmódicas involuntarias de la vagina y los músculos de la zona genital y anal. El orgasmo está acompañado por la erección de los pezones, una respiración más rápida y un aumento de la frecuencia cardíaca. La resolución se manifiesta por la relajación muscular y una disminución de la vasodilatación perineal.

Las sensaciones varían mucho de un individuo a otro. Las investigaciones contemporáneas, sin embargo, tienden a estar de acuerdo en lo siguiente: el orgasmo proporciona una intensa sensación de placer; esta sensación no se limita a una ubicación específica sino que afecta a todo el cuerpo humano; en el caso específico del sexo masculino, el orgasmo se distingue claramente por la eyaculación (hay mujeres que también tienen eyaculación). Durante la actividad sexual, los seres humanos estimulan sus zonas erógenas, esto activa circuitos estímulo/recompensas en el cerebro. Estas recompensas, en particular el orgasmo, se perciben en la conciencia como sensaciones de placeres eróticos y de disfrute intenso.

El orgasmo es un proceso psico-neuro-endocrino complejo, en general marca el clímax de la respuesta sexual. Se puede observar una masiva activación de múltiples áreas cerebrales acompañados de un conjunto de respuestas fisiológicas. El área tegmental ventral, una estructura del mesencéfalo perteneciente al tracto mesocortical y mesolímbico, constituye un elemento clave del sistema de recompensa, se activa durante el orgasmo en ambos sexos.

Hormonalmente, el orgasmo está acompañado por un aumento significativo de los niveles sanguíneos de oxitocina y prolactina. La intensa sensación de placer inherente al orgasmo, es acompañada a nivel periférico, por contracciones rítmicas de los músculos del suelo pélvico, la activación intensa del sistema nervioso autónomo y una actividad muscular generalizada. Se observa un aumento de: la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria, un eritema cutáneo, mayor actividad en las glándulas sudoríparas y erección de los pezones. Además, el orgasmo femenino está asociado con contracciones del músculo liso de vagina y del útero, asociadas a las contracciones sincronizadas de los músculos del piso pélvico (Komisaruk et al, 2004).

FASE	Órganos Genitales		Reacciones
	Varón	Mujer	Extragenitales
EXCITACION	<ul style="list-style-type: none"> · Erección del Pene · Aumento de tamaño y elevación de los testículos · Gran tumescencia del glande, coloración púrpura · Secreción mucoide 	<ul style="list-style-type: none"> · Tumescencia del clítoris y labios menores · Lubricación vaginal · Alargamiento de los 2/3 internos de la vagina, elevación del útero (“tenting”) · Estrechamiento del tercio externo de la vagina (“plataforma orgásmica”) · Elevación del Clítoris 	<ul style="list-style-type: none"> · Erección de los pezones · Aumento de la frecuencia cardíaca · Aumento de la presión arterial · Aumento de la ventilación · “Rubor Sexual” (eritema en cara, tronco y nalgas) (inconstante) · Aumento del tamaño de las aréolas mamarias · Aumento de tono muscular

FASE	Órganos Genitales		Reacciones
	Varón	Mujer	Extragenitales
ORGASMO	<ul style="list-style-type: none"> · Contracción de Vesículas seminales, próstata y conducto deferente (Emisión seminal) · Contracción de los músculos bulbo- e isquiocavernosos con salida del líquido seminal (Expulsión) · Contracciones del esfínter . 	<ul style="list-style-type: none"> · Contracciones Uterinas (variable) · Contracciones de la “Plataforma orgásmica” · Contracciones del esfínter anal. 	<ul style="list-style-type: none"> · Espasmos Musculares (cuello, abdomen, etc.) · Aumento de la taquicardia · Aumento de la presión arterial · Alteración del estado de consciencia · Secreción de oxitocina.
RESOLUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> · Involución rápida de la erección del pene · “Periodo refractario”. 	<ul style="list-style-type: none"> · Disminución lenta de la congestión pélvica · Pérdida de la tumescencia del clítoris y labios menores · Posible retorno a la fase orgásmica. 	<ul style="list-style-type: none"> · Sudoración · Descenso de la presión arterial · Descenso de la frecuencia cardiaca · Secreción de prolactina.

Extraído de: Bases fisiológicas de la sexualidad (I) Respuesta sexual. En: Sexualidad Humana: una aproximación integral. C Castelo-Branco, J de la Gándara y A Puigvert, eds. Ed Médica Panamericana, Buenos Aires, 2005 pp. 21-31.

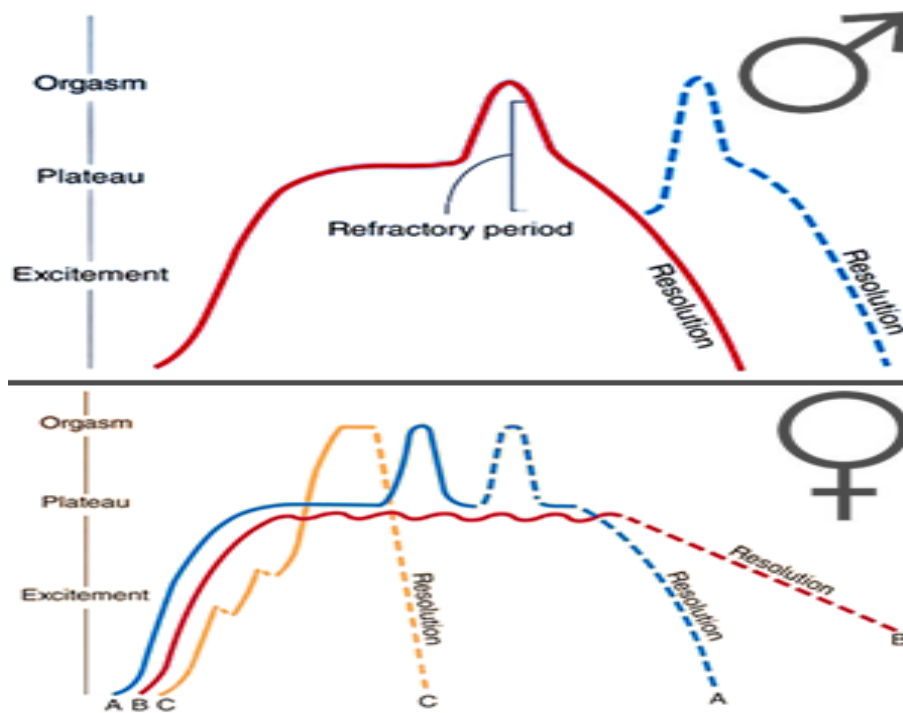
Modelos de respuesta sexual humana

La respuesta sexual humana es un conjunto de manifestaciones ante estímulos específicos que provocan efectos erótico/sexuales, ya sea de una manera física y psicológica, esta es personal de cada individuo y comprende una experiencia compleja. Desde el punto de vista físico, se produce una serie de eventos neuroendocrinos, provocando cambios genitales y extragenitales.

A continuación se describen los modelos más aceptados de respuesta sexual humana. Estos evolucionan desde modelos lineales con bases fisiológicas a modelos más complejos y multidimensionales:

Los modelos lineales

El modelo de cuatro etapas de Masters y Johnson: el modelo de función sexual descrito por Masters y Johnson (1966), se fundamenta en estudios empíricos en los cuales los autores estudiaron sistemáticamente la fisiología de la respuesta sexual en hombres y mujeres en los Estados Unidos, formulando un proceso lineal que se caracteriza por cuatro fases: excitación, meseta o plateau, orgasmo y resolución:



Modelo Masters & Johnson en hombres y mujeres

El modelo de Masters & Johnson ha sido ampliamente aceptado y ha formado la base para la mayoría de las concepciones posteriores de la respuesta sexual en hombres y mujeres. La respuesta sexual, implicaría una acumulación gradual de tensión sexual en ambos sexos, seguidos por la liberación final expresada por el orgasmo. Se describe además variantes como la ausencia de orgasmo o que algunas mujeres, son capaces de tener orgasmos múltiples antes de la resolución. El modelo se centra principalmente en los aspectos fisiológicos de la respuesta sexual y no refleja la importancia de otros aspectos como la subjetividad (no

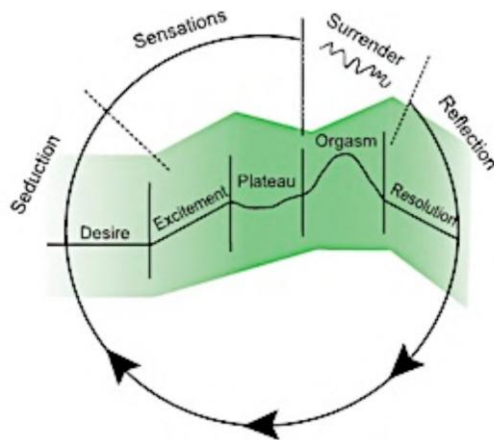
siempre hay concordancia entre la excitación sexual subjetiva y la excitación genital), los aspectos psicológicos o interpersonal en la respuesta sexual, además no se da importancia al deseo sexual o libido en su modelo.

Masters y Johnson sostienen que las respuestas sexuales tanto en hombres como las mujeres son similares. Describen un modelo para los hombres y tres modelos diferentes para las mujeres. Según ellos la respuesta sexual de los hombres sólo se diferencia en términos de duración. Estos autores, también equipararon la erección de un hombre con la lubricación vaginal de una mujer durante la fase de excitación, actualmente se equipara el clítoris de la mujer con el pene masculino. Como resultado, la tumescencia del clítoris sería el equivalente de la erección de un hombre (Levin, 2008).

Modelo trifásico de Helen Singer Kaplan: Helen S. Kaplan (1974,1979), propuso un modelo de respuesta sexual humana, resultado de su experiencia clínica como terapeuta sexual. Propone un modelo trifásico que contiene: deseo, excitación y orgasmo. Podría decirse que la pieza fundamental que Kaplan fue integrar la fase de deseo (componentes fisiológicos y psicológicos de deseo o libido sexual).

Modelos Circulares

Modelo circular de Whipple y Brash-McGreer: el modelo de patrón de respuesta sexual circular descrito por Whipple y Brash-McGreer (1997), consta de cuatro etapas, comenzando con la seducción (que abarca el deseo) y seguido de sensaciones (excitación y placer), la entrega (orgasmo) y reflexión (resolución). Este modelo, por lo tanto, reconoció la naturaleza cíclica la respuesta sexual en las mujeres, proponiendo que las experiencias sexuales satisfactorias son probablemente tienen un efecto de refuerzo sobre la mujer.

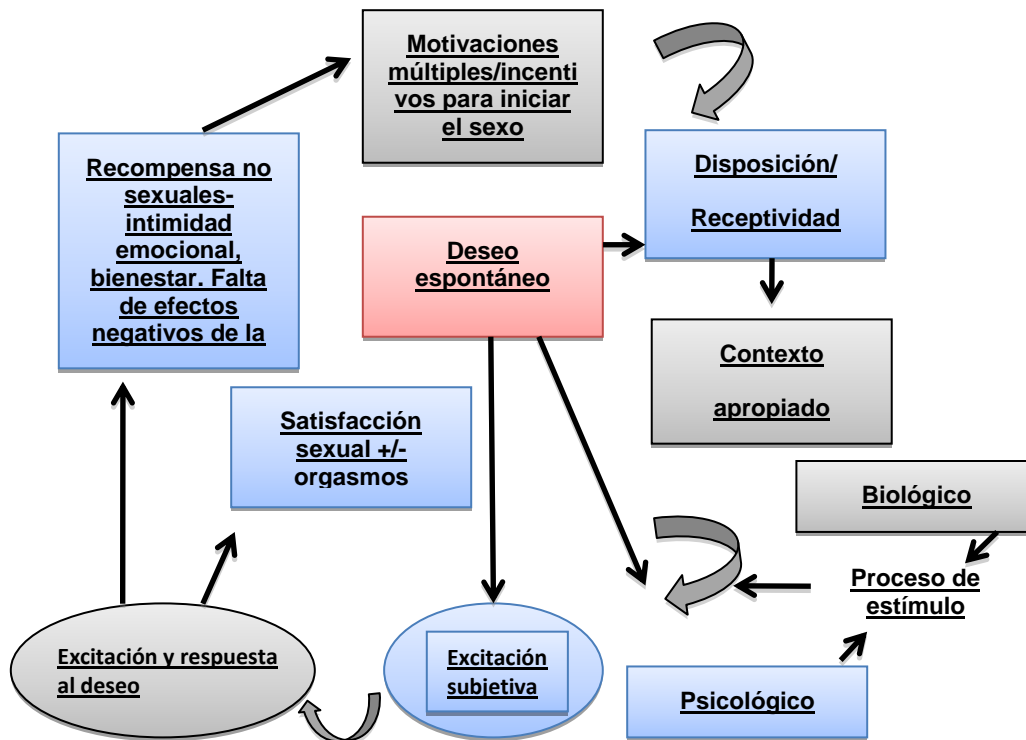


Modelo Circular Whipple y Brash-McGreer

Modelo circular de Basson: Rosemary Basson, psiquiatra canadiense, presentó un modelo de la respuesta sexual, circular con fases que se traslapan en una secuencia temporal variable. En el modelo de Basson la respuesta sexual de la mujer puede presentar una forma de *deseo reactivo*, Este modelo se basa en observaciones que las mujeres experimentan las fases de la respuesta sexual, en un solapamiento no secuencial de manera que incorpora componentes mentales y físicos. En esta perspectiva, el deseo se dispara durante el encuentro sexual, aumentando así el deseo sexual inicial (Basson, 2000, 2007).

Según el modelo de Basson, una mujer, puede comenzar desde un estado de deseo neutro. Si ella experimenta intimidad emocional adecuada por parte de su pareja, puede buscar o ser más receptiva a los estímulos sexuales. La receptividad a los estímulos sexuales permite que la mujer se mueva de la neutralidad sexual a la excitación. Si la mujer continúa a procesar los estímulos y aumentar la excitación, el deseo sexual la animará a evolucionar hacia la satisfacción sexual y el orgasmo. Por lo tanto, el deseo sexual sería una respuesta al estímulo adecuado, en lugar de un evento espontáneo. La mujer puede, en otras ocasiones, experimentar deseo espontáneo en forma de pensamientos sexuales, sueños y fantasías sexuales. El bienestar físico puede seguir sin liberación orgásmica. Las recompensas de cercanía emocional, mayor compromiso, unión y de apreciar el bienestar posterior de la pareja, participan

como factores motivacionales que activan el ciclo del próximo evento erótico. Los sentimientos de excitación subjetiva o implicación emocional no siempre se correlaciona con la respuesta fisiológica de congestión genital. De hecho, las emociones y los pensamientos tienen una mayor influencia en la experiencia subjetiva de la excitación sexual que la retroalimentación de vasocongestión genital. El modelo también incorpora aspectos biológicos, psicológicos y los factores contextuales en un marco más amplio.



Ciclo de la respuesta sexual, (Basson, 2007)

Modelos multifactoriales

Se han propuesto una serie de modelos de respuesta sexual y que no entran perfectamente en categorías lineales o circulares. Evalúan los factores psicológicos, neurológicos y bioquímicos que subyacen a la motivación sexual y la respuesta sexual, así como estos contribuyen al desarrollo de la disfunción sexual. Además, estos modelos están menos centrados en la descripción de las fases de la respuesta sexual per se.

El modelo de control dual (Bancroft & Janssen 2000): según este modelo la respuesta sexual y excitación asociada se producirían en un individuo, en una situación particular, determinada por el equilibrio entre dos sistemas en el cerebro de ese individuo, el sistema de activación o excitación sexual y el sistema de inhibición sexual, con substrato neurobiológico (Janssen , Vorst , Finn , Bancroft, 2002). Este modelo tiene tres supuestos básicos:

1. la excitación sexual se produce normalmente en la interacción entre dos o más individuos, en un contexto y el escenario cultural determinado, los efectos positivos o negativos en la estimulación dependen en última instancia en las características neurobiológicas de los individuos involucrados.

2. La inhibición neurobiológicas de la respuesta sexual es un patrón de adaptación, de relevancia en todas las especies, esta reduce la probabilidad de respuesta sexual, evitando que se produzca cuando la actividad sexual fuese inconveniente o peligrosa, o pueda distraer al individuo de eventos situacionales más relevantes.

3. Existe una variación en cuanto a la propensión a la excitación o la inhibición sexual. A pesar de que para la mayoría de estas preferencias serían adaptativo o no problemática, las personas con una baja propensión a la excitación sexual y/o alta propensión a la inhibición sexual serían más propensos a experimentar problemas con la motivación y respuesta sexual (es decir, disfunciones sexuales). Los individuos con una inusualmente alta propensión para la excitación y/o baja propensión para la inhibición serían más propensos a participar en conductas sexuales de alto riesgo o un comportamiento sexual frecuente que llegue a ser en cierta medida problemático y o disfuncional como una hipersexualidad.

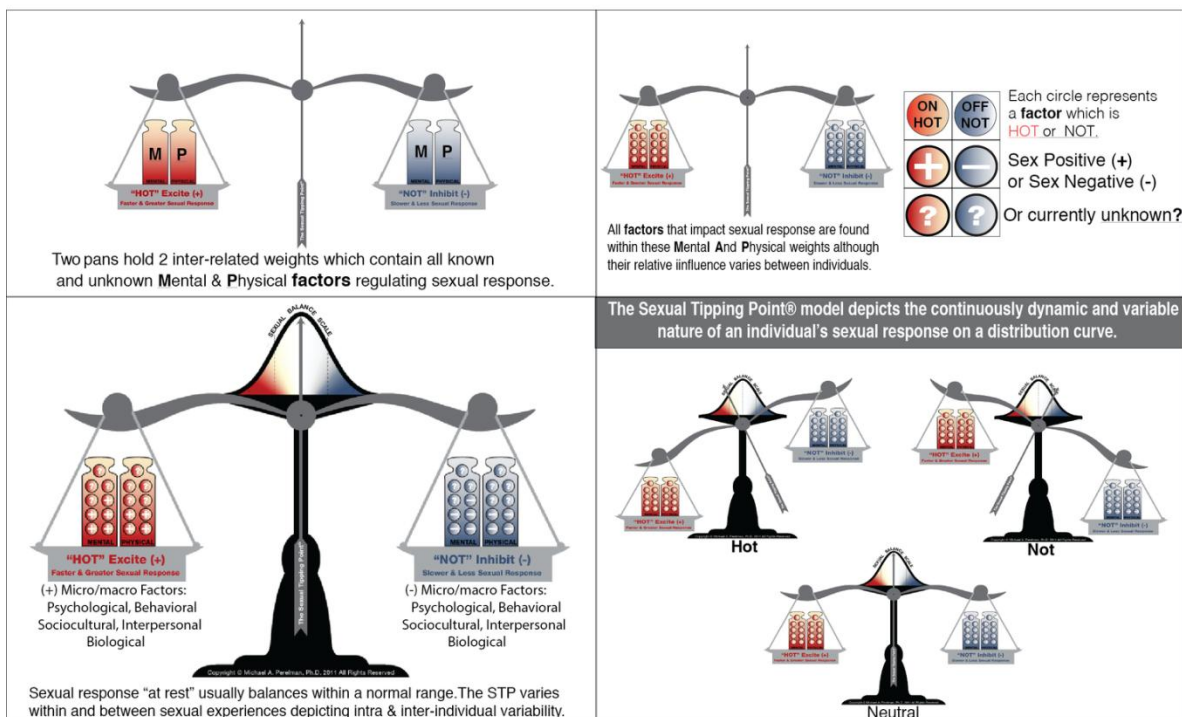
El modelo de control dual, propone que los resultados de la respuesta sexual se generarían a partir de un equilibrio entre mecanismos inhibitorios y excitatorios, ambos componentes, serían relativamente independientes. Los individuos con mayores niveles de inhibición sexual (IS) y menores niveles de excitación sexual (ES) son más vulnerables a las dificultades sexuales. Los estudios han apoyado estas predicciones. Los hombres con disfunción eréctil obtuvieron calificaciones

más bajas, debido a la amenaza de fracaso con los resultados en comparación con hombres sexualmente sanos (Bancroft, Carnes, Janssen, Goodrich & Long, 2005). En un estudio de parejas de recién casados, el SI, en el caso de fallas en el rendimiento, fue el mejor predictor de problemas de erección en hombres (Lykins, Janssen, Newhouse, Heiman, Rafaeli, 2012). Entre las mujeres heterosexuales, las puntuaciones del SI se asociaron positivamente con la probabilidad de presentar problemas sexuales. (Bloemendaal, Laan, 2015). Los hallazgos sugieren que las tendencias SE y SI están asociadas con la función sexual en hombres y mujeres.

El modelo de punto de inflexión sexual

En este modelo descrito por Perelman (2009), sugiere que la respuesta sexual, estaría determinada por un equilibrio entre factores excitatorios e inhibitorios, estos pueden ser psicológicos, orgánicos, psicosociales o culturales. El efecto combinado de estos factores da como resultado un umbral sexual único, determinando una respuesta sexual. El umbral específico es variable en cada individuo y la respuesta sexual está determinada por múltiples factores en un momento dado o circunstancia.

Understanding Sexual Balance: A Key To The Sexual Tipping Point® Model



El Modelo del sexo lo suficientemente bueno, descrito por Metz y McCarthy (2007, 2008)

Este modelo plantea una antítesis a la concepción clásica de la sexualidad que ha sido denominada por algunos como reduccionista biológica. Destaca el desequilibrio en la aproximación a las disfunciones sexuales al comprenderlas haciendo acento en la dimensión biológica. Por otro lado evitaría la sobre simplificación de la sexualidad humana al enfocarse en la función, minimizando el significado de la intimidad en la sexualidad de la pareja. Este concepto emergente podría ser otro camino para proporcionar un marco multifactorial y más flexible que permita establecer una intimidad y satisfacción sexual adecuada.

El Modelo del sexo lo suficientemente bueno reconoce que entre las parejas satisfechas la calidad del sexo varía de muy buena a regular o incluso disfuncional. Es por esto que el modelo tiene la intención de sustituir el acento que prevalece en el rendimiento sexual en detrimento de la calidad y la satisfacción sexual, aboga por un enfoque en el intercambio de placer y disfrute de la relación y el encuentro con el otro, determinando una función sexual como variable y

flexible. La intimidad es el eje central y la finalidad última, con el placer tan importante como la función y la mutua aceptación emocional. El sexo, sería sentido como una satisfacción madura, permitiendo una conexión espiritual y vinculación afectiva, tan importante como el placer erótico/sexual.

Se hace hincapié en un enfoque biopsicosocial para la comprensión de la función sexual, así como para la evaluación y tratamiento de las disfunciones sexuales. El modelo del sexo lo suficientemente bueno se orienta a desarrollar una intimidad como un proceso cooperativo, interactivo no autónomo, flexible, emocionalmente conectado, con una relación íntima con el placer y una función sexual satisfactoria en lugar de *una relación sexual perfecta*, que de forma aterrizada a la mayoría de los encuentros sexuales fluiría entre una relación sexual coital adecuada y un escenario erótico, sin relaciones sexuales penetrativas pero dentro de un escenario sensual en lugar de la demanda unilateral de relaciones sexuales coitales. Se evaluarían en este modelo los factores cognoscentes, estos serían las ideas de la sexualidad y el compromiso con la salud sexual de ambos; los procesos conductuales, orientados a la interacción física y la relajación; los emocionales con actitudes asertivas de aceptación y manifestaciones de los sentimientos y por último los relacionales, compuestos por el reconocimiento del otro como un igual, la cooperación, la empatía, finalmente una mirada de la sexualidad como un aspecto central en la relación de pareja y las dimensiones de su sexualidad.

Metz y McCarthy han descrito 12 dimensiones de la sexualidad detalladas a continuación asociadas con el "sexo lo suficientemente bueno":

1. El sexo es un elemento bueno, positivo en la vida, una parte muy valiosa de un individuo y sería un componente de largo plazo en la pareja, contribuyendo en el confort, la intimidad, el placer, el erotismo y la confianza.
2. El sexo es inherentemente relacional. La relación y la satisfacción sexual son el foco del desarrollo final y se entrelazan en esencia. La pareja crece como un *equipo íntimo*.

3. Se requiere un conocimiento sexual apropiado para su edad, de manera precisa, además de perspectivas razonables, comprender las expectativas realistas son esenciales para la satisfacción sexual.
4. Los buenos hábitos de comportamiento de salud física y sana son vitales para la salud sexual.
5. La relajación es una de las bases para el placer, la función, el erotismo y la satisfacción.
6. Las caricias sensuales y el placer emocional son tan valiosos como el rendimiento sexual.
7. Experiencias sexuales variables y flexibles son valiosos, el abandono de la *necesidad* de un rendimiento perfecto y tener la capacidad de adaptarse a escenarios sexuales alternativos.
8. Las cinco funciones generales o propósitos para el encuentro erótico/sexual, se integran con flexibilidad en la relación sexual de la pareja:
 - El placer físico (bio-psicológica)
 - Tensión / reducción de la ansiedad (bio-psicológica)
 - Relación intimidad (interpersonal)
 - La autoestima, la confianza (psicológica)
 - La reproducción o procreación (biológica)
9. Los tres estilos básicos de la excitación sexual (interacción con el compañero, sensual, el autoplacer y la enacción del rol) están integrados y utilizarlos de forma flexible.
10. Los requisitos para la pareja son:
 - Respetuosamente aceptar al otro, sentirse aceptado y valorado.
 - Acomodarse generosamente.
 - Disfrutar las similitudes mutuamente.
 - La pareja funcionando como un *equipo íntimo*.
11. El erotismo y el sexo está integrado en la vida real y la vida real se integra en el sexo. El sexo no es un fragmento aislado de la vida.

12. La sexualidad es a menudo personalizado:

- idiosincrásica
- Espiritual, trascendental, *entregado, arrojado*.
- Lúdica, *especial*

DESARROLLO CLÍNICO DE LA TERAPIA SEXUAL

IV. CLASIFICACION DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Históricamente, han predominado dos sistemas de clasificación de las disfunciones sexuales, el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) -10 presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), presentado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Las cuatro categorías principales de disfunción sexual en ambos sistemas son el deseo, excitación, orgasmo y trastornos de dolor sexual. Ambos sistemas ven las disfunciones sexuales que implican los constituyentes físicos y psicológicos como elementos separados.

La clasificación CIE-10 fue aprobada por la 43ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1990, Este sistema está actualmente en el proceso de revisión. La finalización de la CIE-11 se prevé para el año 2017. Esta clasificación internacional es diagnóstica y ha sido estandarizada, está orientada a los aspectos de epidemiología y salud para muchos propósitos generales. Estos incluyen el análisis del estado de salud general de los diferentes grupos de población, el seguimiento de aspectos tales como; la incidencia, prevalencia de enfermedades y otros problemas de salud en relación con otras variables, incluyendo las características y circunstancias de los individuos afectados

Una característica básica de las definiciones es que la función sexual en sí misma se define como las diversas formas en que un individuo está capacitado para participar en una relación sexual como él o ella lo desee. Las categorías de la CIE-10, subcategoriza en disfunciones orgánicas y no orgánicas.

Los códigos orgánicos de disfunción sexual son la disfunción eréctil, vaginismo y dispareunia de etiología orgánica, contenidos en el capítulo sobre las enfermedades del sistema genitourinario. En contraste, las disfunciones sexuales no orgánica, tienen códigos separados incluyendo la falta del deseo sexual, la aversión sexual o falta de disfrute sexual, la falta de la respuesta genital, disfunción orgásmica, la eyaculación precoz, el vaginismo no orgánico, dispareunia no orgánica, el deseo sexual excesivo, dos códigos no específicos de DS y finalmente DS que no son causadas por trastornos orgánicos o enfermedad.

Otras iniciativas han sido llevadas a cabo desde 1992 con el fin de definir y clasificar la disfunción sexual de una manera más precisa, que presente los nuevos desarrollos en la medicina y terapia sexual de las últimas décadas. Estos incluyen el Instituto Nacional de Salud (NIH), la Conferencia de Consenso sobre la impotencia (1992), la Fundación Americana para Enfermedades Urológicas (AFUD) patrocinada por el Panel de Consenso Internacional sobre la disfunción sexual de la mujer (2000), así como las Consulta Internacional sobre disfunciones sexuales (2001 y 2004).

Por otro lado el DSM publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría ha sido traducido a más de 20 idiomas y ha sido relevante en todo el mundo en el establecimiento de criterios diagnósticos de los trastornos mentales. Los criterios específicos para disfunciones sexuales fueron introducidos en 1980 en el DSM-III, evolucionando hasta el DSM-5 en 2013.

El DSM-5, en contraste con las primeras versiones del DSM, no siguen un paralelismo entre los sexos y no se basa exclusivamente en el ciclo de respuesta sexual propuesto por Masters & Johnson. Este nuevo manual considera variables como la duración y la gravedad (frecuencia) de la disfunción sexual (DS). La mayoría de los diagnósticos de DS requieren que los problemas hayan persistido durante al menos 6 meses y que ocurrirá aproximadamente el 75% de las oportunidades sexuales para ser diagnosticado como DS (basado en estudios estadísticos).

Ocho diagnósticos específicos fueron retenidos: retraso en la eyaculación, trastorno eréctil, trastorno del orgasmo femenino, trastorno del interés /excitación sexual femenina, trastorno de dolor penetración genito-pélvica, el trastorno de deseo sexual hipoactivo en el hombre, eyaculación prematura y trastorno inducido por la medicación o sustancias. También hay dos códigos no específicos: otra DS especificada y la DS no especificada. El trastorno dolor de la penetración genito-pélvica, combina elementos de dispareunia y vaginismo en un solo diagnóstico. La base de este cambio es que la mayoría los clínicos, no pueden distinguir de forma fiable el vaginismo de la dispareunia.

Además se agregan los siguientes criterios: Los síntomas del Criterio A (criterio más importante) provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

Se requiere especificar si: De por vida: el trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual. Adquirido: el trastorno empezó tras un periodo de actividad sexual relativamente normal. Especificar si: Generalizado: no se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas. Situacional: Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas. Especificar la gravedad actual: Leve: evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A. Moderado: evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A. Grave: evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

En la etiología y los factores de las disfunciones sexuales, a menudo se desconocen las causas o se presume como una patología multifactorial. En tales casos, se utiliza una taxonomía descriptiva. Actualmente la mayoría de los sistemas de clasificación para las disfunciones sexuales son principalmente descriptivos. Un problema con los sistemas actuales de clasificación, es que

utilizan el supuesto dualismo de la mente/cuerpo, clasificando los trastornos como con etiología mental o bio-médica.

Se presentan a continuación las definiciones finales aprobadas y adoptadas de las disfunciones sexuales para los hombres y las mujeres en la Cuarta Consulta de la Sociedad Internacional de Medicina Sexual (ICSM), (McCabe et al 2016):

El método de evaluación de los niveles de evidencia y fortalezas de la recomendación fue el método utilizado, los niveles de pruebas se basaron en el siguiente sistema:

Evidencia de nivel 1 fue asignado a: (i) los metaanálisis aleatorizados, ensayos controlados aleatorios (ECA), (ii) de buena calidad ECA o (iii) la totalidad o estudios de ninguno en el que la ausencia de tratamiento no es una opción.

Nivel 2 de evidencia fue asignado a: (i) ECA de baja calidad (por ejemplo, <80% de seguimiento) o (ii) serie de estudios prospectivos de metaanálisis de buena calidad.

Nivel 3 de evidencia fue asignado a: (i) Estudios retrospectivos de buena calidad Los estudios de casos y controles en el que un grupo de pacientes que tienen una condición se corresponden adecuadamente con los individuos de control que no tienen la condición o (ii) una serie de casos de buena calidad en el que un grupo completo de pacientes con la misma condición, la enfermedad, o la intervención terapéutica se describen sin un grupo de control de comparación.

Nivel 4 de evidencia fue asignado a los estudios sobre la base de opinión expertos

Los grados de recomendación se basaron en el siguiente sistema:

Grado A: significa que la indicación es muy recomendable. Grado de recomendación fue asignado si era coherente con una evidencia de nivel 1. Este Grado de recomendación por lo general significa que la declaración es obligatoria.

Grado B: significa que se recomienda la indicación pero no altamente recomendable. Se asignó grado de recomendación B si había nivel constante 2 y/o el nivel de 3 pruebas o si se cuenta con pruebas en la mayoría de los ECA.

Grado C: significa que la indicación es opcional. Esta recomendación fue asignado si había estudios de nivel 4 o pruebas mayoría de nivel 2 y/o el nivel de estudios o 3 un gran acuerdo en la opinión de expertos.

Grado D: significa que la sentencia no se recomienda o que no se podrá recomendar. El Grado de recomendación D fue asignado si había pruebas insuficientes o contradictorias o cuando la opinión de expertos fue entregado sin procesos analíticos formales.

La opinión de expertos

Una declaración de consenso del equipo de miembros del panel, según su la experiencia, conocimiento y juicio clínico, en casos de pruebas clínicas insuficiente o que no hay información publicadas hasta las fecha.

Principio clínico

Una declaración sobre la práctica clínica o de investigación ampliamente aceptada por clínicos y/o investigadores de varias disciplinas clínicas y/o científicos en general.

CLASIFICACIÓN

Trastorno o DS en la mujer

Disfunción del deseo sexual hipoactivo: La deficiencia o ausencia persistente o recurrente de pensamientos o fantasías sexuales o eróticas y el deseo de actividad sexual (principio clínico).

Disfunción de la excitación sexual: Incapacidad persistente o recurrente para alcanzar o mantener la excitación hasta la finalización de la actividad sexual, una evaluación subjetiva adecuada de su respuesta genital (principio clínico).

La disfunción orgásmica femenina: (I) Marcado retraso o marcada infrecuencia o ausencia de orgasmo y/o (ii) marcada disminución de la intensidad y sensación orgásmica (grado B).

Disfunción dolor pélvico genital femenino: _Dificultades persistentes o recurrentes con al menos una de las siguientes características: (i) la penetración vaginal durante el coito; (ii) marcada dolor vulvovaginal o pélvico durante el contacto genital; (iii) marcado miedo o ansiedad sobre el dolor vulvovaginal o pélvico

anticipatorio, durante, o como resultado del contacto genital; o (iv) marcada hipertonicidad o hiperactividad de los músculos del piso pélvico con o sin contacto genital.

Algunos estudios de investigación y clínicos han separado vaginismo del trastorno de dolor sexual. Se necesitan más investigaciones para aclarar esta definición (grado C).

Síndrome post-coital (Síndrome de enfermedad post-orgásmica): Sentimientos, experiencias, y/o síntomas físicos negativos tales como dolor de cabeza, malestar general, fatiga y otros síntomas después la actividad sexual (Opinión de expertos).

Orgasmo Hipohedónico: Disfunción de toda la vida o adquirida, se caracteriza por una disminución o baja del placer sexual con el orgasmo (opinión de expertos).

El orgasmo doloroso: La ocurrencia de dolor genital y / o pélvico durante o poco después del orgasmo (opinión de expertos).

Trastorno o DS en el varón

Trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino: La deficiencia o ausencia de pensamientos, fantasías sexuales o eróticas persistente o recurrente y el bajo deseo de actividad sexual (principio clínico).

Disfunción eréctil: Incapacidad constante o recurrente para alcanzar y/o mantener La erección del pene suficiente para la satisfacción sexual (principio clínico).

Eyacuación prematura (EP): Una DS masculina caracterizada por la eyacuación que siempre o casi siempre ocurre antes o dentro de aproximadamente 1 minuto de la penetración vaginal de la primera experiencia sexual (EP de toda la vida) o una disminución clínicamente significativa y molesta en el tiempo de latencia intravaginal, a menudo en aproximadamente 3 minutos o menos (EP adquirida), la incapacidad para retrasar la eyacuación en todas o casi todas penetraciones vaginales, y con consecuencias personales negativas, tales como angustia, preocupación, frustración y / o la evitación de la intimidad sexual (grado A).

La eyacuación prematura es el término preferido y se debe utilizar para describir esta condición en lugar de la eyacuación rápida, eyacuación precoz, orgasmo precoz, orgasmo rápido, y otros términos (opinión de expertos).

Eyaculación retardada primaria: Una experiencia de toda la vida, caracterizada por la incapacidad de eyacular en todos o casi todas (75% e100%) las ocasiones de la actividad coital, que provoca malestar. El cese voluntario de la actividad coital, se produce después de un tiempo variable para evitar la frustración, secundaria a un agotamiento físico o irritación de los genitales del paciente y/o la pareja. La eyaculación puede o no ocurrir por una subsecuente actividad no coital, incluyendo la masturbación.

Eyaculación retardada adquirida: Un aumento angustiante de la latencia eyaculatoria que ocurre en la mayoría (> 50%) de las experiencias coitales después de un período de una función eyaculatoria normal. Posteriormente ocurre un cese voluntario de la actividad coital, esta se produce después de un período variable para evitar una mayor angustia. La eyaculación puede o no puede ocurrir por subsecuente actividad no coital, incluyendo la masturbación. La aneyaculación se produce independientemente de la sensación de un orgasmo (principio clínico).

Eyaculación retrógrada: La expulsión de fluido seminal hacia la vejiga debido a la disfunción del cuello de vesical en presencia de emisión seminal normal. Puede haber o no una cantidad pequeña de eyaculación anterógrada. La eyaculación retrógrada se define independientemente de la sensación del orgasmo (principio clínico).

Aneyaculación: La ausencia de eyaculación anterógrada normal durante el orgasmo debido a la ausencia de las fases de emisión y expulsión del reflejo eyaculatorio (principio clínico).

La eyaculación anhedónica: Se refiere a la eyaculación sin la sensación de placer dada por el orgasmo (principio clínico).

Anorgasmia: La incapacidad de alcanzar el orgasmo a pesar de una adecuada y prolongada estimulación sexual que conduce a la excitación sexual apropiada. La anorgasmia puede o no conducir a la angustia personal (grado C).

Orgasmo hipohedónico: Disfunción orgásmica de toda la vida o adquirida, se caracteriza por una disminución o baja del placer sexual con el orgasmo (principio clínico).

La eyaculación u orgasmo doloroso: Se caracteriza por la ocurrencia de dolor genital y/o pélvico durante o poco después de la eyaculación o el orgasmo (principio clínico).

Síndrome de enfermedad post-orgásmica: Síntomas físicos y mentales incapacitantes que ocurren post orgasmo y se caracterizan por tener síntomas de tipo gripal dentro de unos pocos minutos a unas pocas horas después de una eyaculación, suele durar de 3 a 7 días (opinión de expertos).

Diagnósticos provisionales de los síndromes Restless o Trastorno de la excitación genital persistente: Este síndrome, en los hombres, se caracteriza por la persistencia, de sensaciones penélicas inquietantes de urgencias eyaculatorias en la ausencia de erección, deseo sexual y/o excitación sexual, puede ir acompañado de las piernas inquietas y/o molestias tipo vejiga hiperactiva y conduce a menudo a una angustia (grado C). El síndrome Restless o genital inquieto en mujeres se caracteriza por sensaciones persistentes y alarmantes de los genitales a menudo de urgencia orgásmica en ausencia de deseo sexual y/o la excitación sexual. El síndrome genital Restless puede ir acompañado de las piernas inquietas y/o quejas de una vejiga hiperactiva y conduce a menudo a angustia (grado C).

Estas definiciones son provisionales y tentativas. Existe controversia acerca de si estos síndromes raros, son separables e identificables de otras disfunciones sexuales o cuadros psiquiátricos. Se necesitan investigaciones complementarias para aclarar la naturaleza de éstos síndromes.

Estas definiciones fueron adoptadas por la Cuarta ICSM en 2015. Esta consulta se compone de muchos expertos internacionales en el campo de la disfunción sexual masculina y femenina. Las definiciones tienen muchos niveles de apoyo empírico, y algunos se basan en la opinión de expertos clínicos, en los casos de no contar con una fuerte base de investigación empírica. Sin embargo, estas definiciones representan la mayoría de las reflexiones contemporáneas de las definiciones en las disfunciones sexuales.

V. INTERCAMBIO INTERPERSONAL DE SATISFACCIÓN SEXUAL

En la sexualidad humana, están imbricados múltiples dominós como los factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Si vemos sus funciones primordiales tendríamos la reproducción de origen biológico y filogenético, por otra parte la función erótica y relacional asociada a factores principalmente socioculturales. El paradigma biopsicosocial reconoce que las dificultades sexuales, puede tener etiologías multifactoriales relacionadas, sin embargo, los componentes "sociales" y culturales como contribuyentes de la disfunción sexual, a menudo, no reciben una atención adecuada (Barrientos 2003, Palma, 2006).

Dentro de los modelos conceptuales de la sexualidad humana, las ideas de Master & Johnson (1966) y Kaplan (1978), se han mantenido en el tiempo y en parte han sido incorporados en modelos diagnósticos como el *CIE-10* y el *DSM-5* (2013). Según Alzate (1997), esta visión de los manuales terapéuticos, sería de características "reduccionista periférica", por su focalización en las manifestaciones somatofisiológicas y a nivel periférico, característico del modelo médico, minimizando otros aspectos del encuentro erótico, como los dominios relacionales, de satisfacción sexual, cayendo en la categorización de rasgos de "normalidad" y anormalidad como las parafilias.

El modelo de intercambio interpersonal de la satisfacción sexual (The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction, IEMSS). Creado por Lawrence y Byers (1992), intenta dar bases explicativas y comprensivas, con respecto a la satisfacción/insatisfacción sexual.

Esta mirada, presenta una visión diferente del modelo lineal, donde la satisfacción sexual estaría en relación a la ausencia de problemas en la excitación y el orgasmo o la insatisfacción como un problema en una de las fases de la respuesta sexual. Según Byers tendríamos que considerar que la presencia de un síntoma sexual, no implica necesariamente la ausencia de satisfacción sexual.

La satisfacción sexual es un componente de la sexualidad humana, considerada por algunos como la última etapa del ciclo de respuesta sexual

(Basson, 2000). La definición de la satisfacción sexual propuesta por Lawrance y Byers (1995), sería según ellos "una respuesta afectiva que surge de la propia evaluación subjetiva de los efectos positivos y dimensiones negativas asociadas con una relación sexual ".Otros consideran la valoración subjetiva de agrado o desagrado que se hace respecto a su vida sexual (Pinney, Gerrard, Denney,1987). También puede ser catalogada como el grado o ausencia de bienestar y plenitud, vivenciados en relación con la actividad sexual (Carrobles & Sanz, 1991). La satisfacción sexual, está asociada a una mejor comunicación con la pareja y una asertividad sexual mayor. Esta sería un factor clave en la calidad de vida en general, un mejor estado de bienestar físico y de salud psicológica. La satisfacción sexual según Lawrance y Byers tendría los siguientes elementos:

- I. El resultado de los costos/beneficios sexuales en la relación de pareja.
- II. Los costos/beneficios sexuales reales en comparación con los esperados.
- III. La equivalencia de percepción de costos/beneficios sexuales entre ambos integrantes de la pareja.
- IV. La calidad de los ámbitos no sexuales de la relación de pareja.

Presentando las hipótesis relacionales que intervienen en la satisfacción sexual:

- I. Al ser más significativa la satisfacción en la relación diádica, aumenta la satisfacción sexual.
- II. La satisfacción aumenta cuando las recompensas son muy superiores a los costos en la relación sexual.
- III. Si hay una comparación positiva tanto en costos/beneficios esperados y los observados en la relación sexual.
- IV. Existirá mayor satisfacción sexual a mayor igualdad de recompensas, de la pareja y los costos/beneficios de ambos en la relación sexual.

Dado que la satisfacción sexual puede verse afectada por características de los individuo o relacionales, la complementariedad, evaluada por Sánchez-Fuentes y complementada con la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1994), aportaría otra mirada a la comprensión de la satisfacción sexual y sus variables. Según esta teoría, el desarrollo individual se ve afectado por la interacción entre

características individuales y las condiciones ambientales y sociales, estas se organizan en cuatro niveles interrelacionados: el Microsistema, Mesosistema, Exosistema y Macrosistema. Esta teoría podría apoyar modelos predictivos y clasificar variables asociadas con la satisfacción sexual. En esta adaptación de la teoría ecológica para el estudio de la satisfacción sexual, el *microsistema* se refiere a las características individuales, el *mesosistema* se refiere a las relaciones íntimas, el entorno inmediata del individuo, el *exosistema* se refiere a las redes sociales o condición social y el *macrosistema* se refiere a los factores institucionales y sociales (Bronfenbrenner, 1994; Henderson, A. W., Lehavot, K., & Simoni, J. M, 2009).

En un estudio metaanalítico bibliográfico (Sanchez–Fuentes, Santos–Iglesias y Sierra, 2014), encuentra los siguientes resultados de las variables asociadas con la satisfacción sexual, clasificados de acuerdo a los niveles de la teoría ecológica:

Microsistema: Se asociaron con una menor satisfacción sexual; la presencia de una depresión, la ansiedad o el estrés, el uso de fármacos antidepresivos, lesiones de la médula espinal, así como enfermedades crónicas. Algunos procedimientos quirúrgicos tales como la histerectomía provocan una menor satisfacción sexual, así como la raza negra. A la inversa, se encontraron predictores de una mayor satisfacción sexual en; un mayor rendimiento físico y una mejor salud en general, el efecto positivo de fármacos para el tratamiento de disfunciones sexuales, cuando sus parejas tenían rasgos de personalidad similares, las actitudes sexuales proactivas, tipo erotofilia, baja culpabilidad sexual, imagen corporal positiva, una autoestima alta, un nivel educacional alto y un número reducido de parejas sexuales.

Mesosistema: La satisfacción sexual fue alta entre las personas que tenían una relación satisfactoria: un buen ajuste diádico, mayor intimidad, buena comunicación, el apoyo de su pareja, que cohabitan con su pareja, estar casado, una relación exclusiva, la resolución satisfactoria de los conflictos, la terapia de pareja, la asertividad sexual, el funcionamiento y la satisfacción sexual. Presentar deseo, excitación, orgasmo, la frecuencia de actividades sexuales y una variedad

en los comportamientos sexuales. Se asociaron con una baja satisfacción sexual: los altos niveles de ansiedad, el apego evitativo o ambivalente, una relación de pareja de larga duración, la infidelidad, la falta de deseo, sequedad vaginal, disfunción eréctil, la eyaculación precoz, incapacidad de alcanzar el orgasmo y dolor durante las relaciones sexuales.

Exosistema: Los resultados sugieren que tener un buen apoyo social, buena relación con los niños y la familia, un nivel socioeconómico alto, predijeron mayor satisfacción sexual. El estrés financiero tiene un efecto negativo en la satisfacción sexual.

Macrosistema: Los resultados sobre la relación entre la religión y la satisfacción sexual son diversos, desde no encontrar diferencias en función de la práctica religiosa, hasta una baja satisfacción sexual en hombres y mujeres de raza blanca o una mayor satisfacción en participantes con esquizofrenia y que profesaban la religión católica.

Según este metaanálisis la satisfacción sexual es influenciada por factores individuales, relacionales y por variables más distales relacionados con lo social, incluyendo el entorno cultural. La teoría ecológica se encontró útil para clasificar tales variables y factores. Por lo tanto, sería esencial que los profesionales clínicos informen a sus pacientes, sobre el impacto negativo de las enfermedades físicas, trastornos psicológicos y promuevan la comunicación entre los integrantes de la pareja acerca de sus preocupaciones y expectativas sexuales. Por otro lado, el papel de las actitudes sexuales positivas, una sexualidad sin culpa y la autoestima, han mostrado una relación positiva con la satisfacción sexual.

La variable sociodemográfica del aumento de la edad, se encontró que tenía un impacto negativo en la satisfacción sexual, menor frecuencia de actividad sexual, menor frecuencia de pensamientos sexuales, aumento de las disfunciones sexuales, presencia de enfermedades crónicas. Por otro lado algunos estudios revelan que las personas mayores reportaron estar satisfecho con su relación sexual, una mayor intimidad con la pareja y actitudes sexuales positivas, compensarían el efecto de los años.

En cuanto a las variables relacionales hay más consenso en los resultados. Mayor satisfacción sexuales se observa en: una relación de pareja satisfactoria, una comunicación genuina (aumentan los comportamientos positivos) y una mayor asertividad sexual. También es interesante observar el impacto positivo de la terapia de pareja, esta promueve la comunicación, la intimidad y la satisfacción de la relación.

La adaptación de la teoría ecológica en el estudio de la satisfacción sexual realizado por Henderson et al. (2009), es útil para clasificar las variables asociadas con la satisfacción sexual, esta facilitaría el desarrollo de futuros modelos de predicción de satisfacción sexual y develaría las relaciones entre las diferentes variables y los posibles efectos mediadores de algunos de ellos.

VI. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LOS PROBLEMAS SEXUALES

En sexualidad, los estudios sobre los factores psicológicos, como la personalidad, creencias sexuales, esquemas cognitivos, pensamientos automáticos y las emociones entre otros han dado origen a una mejor comprensión de las disfunciones sexuales (Beck, 1996, Baker & de Silva. 1988, Barlow, 2002, Nobre & Pinto-Gouveia 2006).

Las intervenciones cognitivas implican principalmente, técnicas que permiten estar más conscientes de los pensamientos y emociones, procurando la modificación de ellos cuando están distorsionados. Utilizando el razonamiento y la evidencia, lo que permite reemplazar los patrones distorsionados por otros más precisos, creíbles y funcionales. Esto se logra optimizar, a través de un proceso de colaboración en el cual, el paciente apoyado por el terapeuta, toma la iniciativa de su proceso. Perturbar estratégicamente al paciente con preguntas que animen a sus propios descubrimientos. El terapeuta junto al paciente, exploran los procesos de explicaciones disfuncionales descritas por el paciente de los hechos, buscando llegar en conjunto a un proceso experiencial/explicativo, más razonable y adaptado. También se les anima a participar en este proceso, de manera

personal o con su pareja, entre las sesiones mediante el uso de ejercicios y tareas especializadas.

La terapia cognitivo conductual (TCC), trabaja con cogniciones, emociones y conductas relacionadas entre sí. Esto en la práctica, se traduce en producir cambios en el paciente, como modificaciones cognitivas, estas se acompañan de modificación del comportamiento y emociones, los cambios en una de las tres dimensiones influye en los otros dos, siendo la base de la TCC (Beck1996, Mitchell, DiBartolo, Brown, Barlow, 1998, Nobre & Pinto-Gouveia, 2006).

Dentro de los factores a considerar, como la personalidad y los rasgos afectivos, se describe que la neurosis y el afecto negativo predicen los trastornos relacionados con la ansiedad, por lo tanto estos individuos presentan una mayor vulnerabilidad para desarrollar una disfunción sexual (Barlow, 2002).

Creencias y mitos: Según Beck (1996), las creencias son generalmente el resultado del aprendizaje y experiencias de vida. En la sexualidad, estas creencias se han construido a partir de la influencia social, la educación, la sociedad y las experiencias sexuales pasadas. A veces, las creencias pueden llegar a ser disfuncional y asociarse con varios estados psicopatológicos. Un conjunto de estas, por ejemplo, reflejan la doble moral imperante, permisiva y con una meta exigente para los hombres y para mujeres represiva y dócil. Los hombres con disfunción eréctil, presentan una serie de mitos y creencias erróneas sobre la sexualidad. Estas funcionan como un factor de vulnerabilidad en el desarrollo de dificultades sexuales.

Las creencias disfuncionales como los de rendimiento sexual exacerbado y las ideas erróneas acerca de la respuesta sexual y de la sexualidad femenina (Zilbergeld, 1992,1999). En las mujeres, las creencias disfuncionales están relacionadas con el papel de la edad y la apariencia física, y sobre sus demandas de rendimiento (Heiman & LoPiccolo,1988).

Hawton (1985) propuso una lista de mitos sexuales conceptualizado como factores que predisponen al desarrollo de disfunciones sexuales. Para este autor, los principales mitos sexuales femeninos son: "una mujer que inicia el sexo es inmoral", " la sexualidad siempre es por la iniciativa del hombre ", " la masturbación es sucia y perjudicial ", " No es bueno tener fantasías durante el sexo". Lopiccolo &

Friedman (1988) completaron esta lista por una serie de mitos típicos de las mujeres con disfunción sexual, agregaron los mitos relacionados con la apariencia física o edad y las creencias acerca de rendimientos.

Pensamientos automáticos: Los pensamientos automáticos, se manifiestan desde las creencias y los esquemas cognitivos activados. En las situaciones sexuales, los sujetos disfuncionales activan auto-esquemas sexuales negativos. Estos patrones provocan respuestas caracterizadas por cogniciones irrelevantes para la tarea sexual, pierden el foco. Ravart Trudel G, Marchand A, Turgeon L & Aubin S (1996) identificaron tres categorías de pensamientos negativos automáticos que se encuentran participando en un trastorno sexual: pensamientos hacia sí mismos, pensamientos hacia su pareja y pensamientos relacionados con la relación de pareja.

Atribuciones causales de eventos sexuales negativos: Los hombres con disfunción eréctil, tienden a dar atribuciones internas a sus dificultades sexuales. Experimentalmente fueron manipuladas las atribuciones causales de baja respuesta eréctil en los hombres sexualmente sanos, en el caso de hombres con atribuciones internas, eran más propensos a mostrar una disminución de la respuesta eréctil. Las mujeres con trastornos del orgasmo a menudo atribuyen sus problemas a factores internos y no externos. Estos resultados apoyan el papel del estilo de atribución en la etiología de la disfunción sexual (Loos, Bridges, Critelli, 1987).

La distracción cognitiva y Foco atencional: La distracción cognitiva, interfirió con la respuesta eréctil en los hombres sexualmente sanos pero no en hombres con disfunción eréctil (Farkas, Sine & Evans, 1979). En otros estudios, se informó que la distracción inhibió la excitación genital fisiológica, pero no tuvo ningún efecto sobre la excitación subjetiva sexual en hombres con y sin disfunción sexual (Abrahamson, Barlow, Sakheim, Beck et al, 1985, van Lankveld & van den Hout, 2004). En mujeres sanas sexuales, la excitación genital y subjetiva sexual ocurrió durante la exposición a estímulos eróticos acompañados de una tarea de distracción cognitiva (Adams, Haynes & Brayer, 1985, Elliot & O'Donohue, 1997).

Los resultados indican un claro impacto negativo de la distracción cognitiva en la respuesta sexual en hombres y mujeres, frecuentemente observado en la fase de excitación.

Auto-esquemas: Beck (1996) propuso que los esquemas cognitivos son ideas incondicionales que la gente tiene sobre ellos, los otros y el futuro. En general, los esquemas son adaptativos y útiles, facilitando la interacción entre el individuo y su entorno. Sin embargo, los individuos pueden también desarrollar esquemas inadecuados o inapropiados que los predisponen a desarrollar problemas psicológicos. Esto se observa en los trastornos depresivos y la ansiedad (Alford & Beck, 1997). Los estudios sugieren que este mismo proceso se aprecia en las disfunciones sexuales (Géonet, De Sutter & Zech, 2012, Sbrocco & Barlow, 1996). El auto-esquema sexual según Barlow (1986), serían las ideas que la gente tiene sobre la sexualidad y sobre ellos mismos como ser sexual. Esto incluye una serie de normas y expectativas relacionadas con el sexo. Complementando esta visión podríamos decir que el auto-esquema sexual, sería las generalidades cognitivas en relación a sus propios aspectos sexuales, que se deriva de las experiencias pasadas. Se manifiestan en la experiencia actual y guían el comportamiento sexual. Estudios experimentales en las mujeres han asociado la inducción de esquemas positivo de mayor excitación sexual subjetiva y genital y afecto positivo en comparación con la inducción de esquemas negativos. (Kuffel, Heiman, 2006). Las mujeres con auto-esquemas negativos presentan un compromiso emocional menor con sus parejas, una mayor evitación de la intimidad emocional, un interés menor en actividades sexuales, reducción de la excitación sexual, fantasías o pensamientos sexuales menos frecuentes y una mayor ansiedad por no ser amada o ser abandonado (Cyranski y Andersen, 1998). Nobre y Pinto-Gouveia señalan que los pacientes con problemas sexuales, al ser expuestos a eventos sexuales negativos, tiende a activar negativamente auto-esquemas, además interpretan los eventos como una señal de fracaso e incompetencia personal: "Soy incompetente", "soy débil" o "Soy un fracaso". Esta activación de los patrones negativos podría estar relacionada con la tendencia de atribución predominante a factores internos, estables, de

carácter global de las experiencias sexuales negativas. Los hombres con disfunción sexual presentan más pensamientos automáticos relacionados con la erección y la relación sexual, predominio de sensación de insuficiencia, falta de pensamientos anticipatorios y eróticos. Los auto-esquemas sexuales más comunes, comparados con los que no tienen dificultad sexual, son los patrones de incompetencia que conecta con la creencia de estar sistemáticamente en fracaso o falla, de ser alguien incompetente e indefenso (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008).

Las emociones: En cuanto al papel de las emociones en los procesos disfuncionales sexuales, principalmente cuando son de tonalidad depresiva, afectan negativamente la excitación sexual. Los hombres con disfunción sexual tienen más emociones de tristeza, la desilusión, el miedo, menos placer y satisfacción disminuida. El estado de ánimo previo deprimido durante la actividad sexual estaría fuertemente ligado con los auto-esquemas negativos en individuos con disfunción sexual (Mitchell, DiBartolo, Brown & Barlow, 1998). La depresión ha sido demostrada como un factor gravitante en todas las funciones y fases de todos los aspectos de la sexualidad tanto masculina como femenina: deseo, excitación y orgasmo. La relación entre el estado de ánimo depresivo y la disfunción sexual podría ser bidireccional, además potenciada por los efectos secundarios de los antidepresivos (Géonet et al, 2012).

Quinta Gomes y Nobre (2011), encontraron que los hombres con disfunciones sexuales, presentaron niveles significativamente más altos de neuroticismo en comparación con hombres sexualmente sanos. Por otra parte, los hombres con problemas sexuales presentan niveles significativamente más altos de síntomas depresivos que los controles. Una evaluación sistemática de la ansiedad y la depresión debería estar incluida como parte de la evaluación inicial en individuos con disfunciones sexuales. Los antidepresivos y medicamentos ansiolíticos, serían factores que contribuyen a la disfunción sexual.

La mayoría de las personas con disfunción sexual (DS), presentan mayores niveles de ansiedad, lo que sugiere un papel central de la ansiedad en la experiencia subjetiva y el mantenimiento de los trastornos sexuales. Los modelos de procesamiento de información cognitivos de ansiedad sexual afirman que la excitación sexual depende de procesamiento tipo *tarea relevante* de un estímulo

sexual. En sujetos sexualmente disfuncionales, los estímulos sexuales inducen un estrés de rendimiento, conduciendo a un cambio de foco de atención diferente del sexual, provocando la inhibición de la excitación.

En la evaluación de los individuos y las parejas con DS, se puede identificar la presencia de la pena, la rabia o ira en la relación de pareja y el individuo. La disfunción podría ser un medio de expresión de la ira en la pareja; por ejemplo, la ira del hombre (expresado, no/expresado) hacia su pareja puede provocar una DS. Además la ira actúa como un poderoso anti-afrodisíaco, provocando rechazo, luchas de poder y sabotaje sexual, evolucionando hacia disfunciones sexuales en lugar de placer (Kaplan H, 1977).

La *alexitimia* es un déficit en la identificación y la comunicación de emociones y a veces las emociones de los demás, no son reconocidas. Este rasgo de la personalidad se observa con frecuencia en los pacientes con trastornos del espectro autista y síntomas psicósomáticos. A pesar de las influencias de las características de la alexitimia sobre la sexualidad, lamentablemente no han sido suficientemente estudiados, existen estudios en los que se encontraron niveles de alexitimia correlacionados con la gravedad de la disfunción eréctil, Eyaculación Precoz y vaginismo, confirmando la importancia de la dimensión emotiva en la sexualidad humana (Michetti et al, 2007).

La *confianza sexual*, sería la capacidad de funcionar sexualmente, así como el grado que se perciben a sí mismos como ser sexual. Uno de los objetivos de la psicoterapia en los hombres con disfunción eréctil (DE) y eyaculación prematura (EP), sería la de mejorar su confianza sexual. Aunque existen tratamientos médicos eficientes para la DE o EP, es importante hacer frente a los factores psicológicos asociados con esta condición, una de las cuales es la disminución de la confianza sexual. Por otra parte, el 90% de las mujeres y el 91% de los hombres creen que la confianza sexual de un hombre es fundamental para tener una buena relación amorosa, una satisfacción con la vida sexual, y una salud general satisfactoria.

Los modelos cognitivos de la disfunción sexual

David Barlow fue uno de los pioneros en el estudio al descomponer en factores cognitivos de los problemas sexuales, desarrollando modelos conceptuales de disfunción sexual. Se generó entonces un quiebre con el modelo de ansiedad de Master & Johnson, ya que en el modelo de Barlow, la ansiedad en sujetos funcionales aumentaría la excitación, en los pacientes con esquemas disfuncionales, aumentaría los pensamientos automáticos negativos y comportamientos de predominio evitativo (Barlow, 1986, Sbrocco, & Barlow, 1996). Por otra parte, Nobre y sus colegas, han investigado y desarrollado modelos de comprensión y manejo de la disfunción sexual (Nobre, Pinto-Gouveia 2008, Carvalho & Nobre, 2010).

La estructura de los modelos se basa en los principios de la teoría cognitiva. En un nivel central son los esquemas cognitivos (núcleo de creencias), integrados por las ideas que tenemos sobre nosotros, los demás y el futuro, estas son responsables de los significados asignados.

Al aparecer el síntoma sexual, se activarían los auto-esquemas (interpretación y significado), dando un conjunto de productos cognitivos (pensamientos automáticos), respuestas emocionales y las consecuentes reacciones conductuales. El modelo postula que los individuos con disfunción sexual tienden a activar auto-esquemas negativos (esquemas de incompetencia) (Nobre, & Pinto-Gouveia, 2009).

La ansiedad de rendimiento, es el miedo a un fracaso sexual futuro basado en los fracasos anteriores. La ansiedad de rendimiento, obstaculiza la excitación sexual, provocando una distracción de los sentimientos sensuales, disminuyendo la confianza en sí mismo y provocando conductas evitativas. El término *spectatoring* significa la acción mental de auto-observarse, al dar un paso fuera de uno mismo durante la actividad sexual con su pareja y el seguimiento de su rendimiento sexual. Esto le quita el foco a los aspectos placenteros de la actividad, por lo que es difícil lograr y mantener la excitación sexual, provocando la

ansiedad de rendimiento y el aumento de la vigilancia, convirtiéndose finalmente en profecías autocumplidas. (Barlow, 1986)

En el modelo propuesto de Barlow, las personas con disfunciones sexuales, tienen esquemas sexuales rígidos y negativos, derivados de mitos culturales y concepciones erróneas sobre el sexo y desde una orientación general negativa a las señales sexuales. Los esquemas sexuales que equiparan el rendimiento sexual con la identidad de género pueden generar fácilmente ansiedad.

Barlow presenta cinco dimensiones que constituyen las diferencias entre individuos funcionales y disfuncionales:

- La inducción experimental de ansiedad a menudo facilita la respuesta sexual en personas sin disfunciones sexuales.
- La excitación subjetiva es reportada de manera precisa o sobre-reportada en pacientes sanos y sub-reportado en los pacientes disfuncionales.
- La distracción de señales eróticas disminuye la excitación en pacientes funcionales y en los pacientes disfuncionales no hay efecto o aumenta ligeramente la excitación.
- La demanda de rendimiento facilita la respuesta en los hombres funcionales e inhibe la respuesta en los hombres disfuncionales.
- Los pacientes Disfuncionales, evidencian un aumento de los afectos negativos pre y post-exposición a situación eróticas (Sbrocco & Barlow, 1996).

El esquema tiene dos consecuencias importantes. En primer lugar, la ansiedad provocada por el rendimiento, da lugar a sesgos de atención y procesamiento de información, la persona se hace hipervigilante sobre su rendimiento y las señales de amenaza son el foco inmediato de la atención a expensas de señales eróticas. Esto distrae a la persona de la situación placentera y excitante, lo que provoca, que sea más difícil mantenerse excitado, aumentando la ansiedad. En segundo lugar, el esquema produce un alto nivel de exigencia, que rara vez se logra, evocando con ello las expectativas negativas de rendimiento, que, a su vez, aumentan la ansiedad.

Las *creencias sexuales* constituyen ideas de los sujetos sobre la sexualidad, nacen de experiencias vitales, trayectorias y procesos de aprendizaje, juegan un papel central, en la vulnerabilidad que los individuos, si estos presentan creencias disfuncionales sexuales rígidas, inflexibles, los hace más propensas activar auto-esquemas negativos.

Estudios recientes examinaron los principales predictores cognitivos sobre el funcionamiento y la satisfacción sexual, en la interacción con otros predictores de la respuesta sexual (factores médicos, factores de la relación, la psicopatología). Las observaciones apoyan el papel central de las variables cognitivas como mediadores y moderadores de la relación entre los factores médicos con la relación de pareja y la función sexual. (Soares & Nobre, 2013).

La TCC en los trastornos sexuales utiliza estrategias de tratamiento similares a los de otros trastornos psicológicos. Es importante llevar a cabo una evaluación exhaustiva de las dificultades sexuales y problemas en varias áreas. Tener una impresión diagnóstica basada en criterios compartidos (DSM 5, IC-10 y más recientemente el Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015), información acerca de los factores predisponentes y precipitantes, las dificultades actuales y los factores de mantenimiento. Después de recoger esta información y con una formulación completa del caso, el terapeuta debe dar una retroalimentación al paciente, explicando la razón de la TCC y discutiendo el plan de tratamiento.

Racionalidad de las intervenciones conductuales

El supuesto detrás de las intervenciones psicoterapéuticas conductuales es que las reacciones emocionales negativas a un determinado estímulo son el resultado de ciertos comportamientos, por lo tanto, con el fin de provocar reacciones emocionales positivas necesitamos modificar las conductas inadaptadas. Un comportamiento que provoca emociones positivas y recompensas es probable que continúe y tienda a ser repetido, mientras que un comportamiento que provoca emociones negativas es probable que se inhibiera.

De esta manera, cuando la excitación sexual se asocia con sentimientos negativos de culpa, miedo, etc., el resultado es una inhibición aprendida de la respuesta sexual.

Descripción de las intervenciones conductuales

La terapia sexual consta esencialmente a dos grandes tipos de intervenciones. Una de ellas es a través de la prescripción de tareas estructuradas de comportamiento que el paciente hace solo o con la pareja entre las sesiones en el hogar. El otro utiliza experimentos de comportamiento dirigidos a ayudar al paciente y/o la pareja a identificar, analizar y modificar experimentalmente el comportamiento que tiene una influencia negativa sobre los encuentros sexuales. La mayoría de los protocolos de TCC, en la DS usan una lista común de intervenciones. Los principales componentes utilizados son: focalización sensorial, prohibición de relaciones sexuales penetrativas, el control de estímulos, el entrenamiento en habilidades sexuales, la reestructuración cognitiva, etc. Los que se desarrollan brevemente a continuación:

El control de estímulos: Esta principalmente orientado a asociar eventos sexuales con situaciones placenteras y cómodas. Crear un tiempo y un espacio donde ambos integrantes de la pareja se sientan a gusto, con ambientes más agradable y eróticos de lo habitual. Este paso ha de ser de preferencia implementada en el procedimiento inicial previo a la focalización sensorial, descrita a continuación, debería estar instalado durante la preparación de la primera etapa.

Terapia sexual Masters & Johnson, programa modificado Masters & Johnson: En la terapia clásica de Masters & Johnson los pacientes reciben terapia intensiva, evaluados diariamente durante 2 semanas, se dan tareas que se practican diariamente (Masters & Johnson, 1970). Terapia sexual de Masters & Johnson modificada, es una combinación de conductual, psicodinámica, educativa, asesoramiento, terapia cognitiva y entrenamiento de comunicación. El enfoque modificado se utiliza actualmente en múltiples estudios, se efectúan sesiones cada semana con uno o dos clínicos (Whitehead, Mathews & Ramage, 1987).

Prohibición de relaciones sexuales penetrativas: Ha sido a menudo mal entendido, erróneamente tomado como una prescripción paradójica para ser trasgredida. En lugar de ello, se da un marco terapéutico, delimita un territorio en el que la pareja puede disfrutar de nuevas experiencias sin preocupación ni tensión. La prohibición rompe el ciclo del fracaso del comportamiento.

Ejercicios musculares de Kegel: Técnica para controlar los músculos bulbo-cavernosos e isquio cavernosos. Se busca identificar los músculos del piso pélvico, se detectan al estar orinando y cortar el chorro de orina, asociando la contracción de los músculos anales. Está demostrado que la contracción por 5-10 segundos de estos músculos, en 3-4 series de 20-30 contracciones, no solamente tonifica los músculos esfintericos, sino que participa en el manejo de la eyaculación prematura y tonifica las erecciones (Kegel, 1952, Sotile & Kilmann, 1977).

Técnica de la vagina quieta: Se recomienda esta técnica inicialmente cuando el paciente no puede reconocer los niveles de excitación pre orgásmica. Él se coloca bajo la pareja en posición relajada, ella se deja penetrar y esperan uno a dos minutos, esto le permite al hombre familiarizarse con la sensación de humedad, presión y calor intravaginal.

Técnica de parada y arranque y técnica del apretón: Tareas que ayudan al paciente a aprender poco a poco, sus niveles de excitación para modular y controlar el momento de la eyaculación. Estas técnicas, se utilizan por lo general como parte de la psicoterapia en la (EP), cuando la falta de habilidades de control es evidente. Los hombres con EP, centran, su atención en; temores, pensamientos automáticos, etc. y no en el disfrute. Estos hombres por lo general no logran enfocarse en la excitación y son Incapaces de percibir y reconocer los estados de excitación sexual. Estas técnicas conductuales, se utilizan con el fin de enseñar a los hombres a centrarse en su excitación identificar y niveles intermedios de excitación sexual. Sucesivamente, a partir de la masturbación inicialmente y luego en los juegos previos al coito, aprenden a relajarse y a fluir en los niveles de excitación, lo que modula y retrasa el reflejo de la eyaculación.

La masturbación dirigida: Técnica utilizada con más frecuencia en las mujeres con anorgasmia primaria y hombres con eyaculación retardada selectiva. El motivo es que muchos pacientes experimentan el orgasmo por primera vez a través de la masturbación. La proporción de mujeres, que experimentan el orgasmo con la masturbación es mayor que durante la relación sexual con un otro. Esta técnica implica, sobre todo en mujeres, prácticas iniciales de auto-examen general, al estar desnuda, auto-examen genital, ejercicios de Kegel, la estimulación de los genitales con los dedos con una estimulación guiada. En el hombre se le enseña a reconocer su sensibilidad corporal y efectuar una masturbación más erótica y menos pulsional primaria. Una vez que se puede reconocer los niveles de excitación, los pródromos pre-orgásmicos y alcanzar el orgasmo, se transfiere este conocimiento a su relación sexual con la pareja. Ésta técnica básica de reconocimiento corporal y habilidades sexuales, ha sido implementada por LoPiccolo y Lobitz (1972), quienes describieron una técnica de masturbación de nueve pasos, procedimiento utilizado extensamente y con buenos resultados (Riley y Riley, 1978).

Técnica de alineación coital: La penetración pene-vagina en el coito con contacto del clítoris, completa el circuitos genital básico, derivando en un contacto genital pleno a posteriori (Eichel, de Simone, Kule,1988).

Área de estimulación erógena del fornix anterior: Esta zona de estimulación erógena, se centra en la estimulación de la pared anterior interna vaginal, a nivel posterior (punto A). El fornix anterior es un área de tejido excitable, situado en la pared vaginal entre les cuello del útero y la vejiga. Esta zona también llamada *A-spot*, *T-spot*, el *segundo punto G*, *punto profundo* o *Zona erógena del fondo de saco anterior*. Por lo general, es considerado como el equivalente femenino de la próstata masculina como clítoris es considerado como el equivalente femenino del pene. La estimulación de esta zona, provoca contracciones importantes de los órganos pélvicos y vulvares resultantes y en el orgasmo. Es una estimulación, que presenta una rápida aparición del reflejo vaginal, la lubricación y la acumulación de sensibilidad erótica, culminando en el orgasmo en algunas mujeres (Chua,

1997). Estudios recientes de Komisaruk, explicarían la sensibilidad de esta zona profunda, ya que se pueden obtener orgasmos con la estimulación del cuello del útero (Komisaruk et al, 2011).

Focalización sensorial: Es una técnica desarrollada por Masters & Johnson que apunta a desensibilizar pacientes que presentan estrés de rendimiento, problemas de deseo y malestar (ansiedad, estado de ánimo negativo) en situaciones sexuales. Utiliza una exposición gradual a la actividad sexual, a partir de ejercicios sin exigencias, actividades placenteras y progresivas, terminando en el coito. El objetivo principal es reducir la ansiedad de rendimiento y ayudar a los pacientes a centrar su atención en el disfrute sexual y el placer en lugar de focalizar en el rendimiento. La idea es exponer las parejas gradualmente a ejercicios eróticos y sexuales (tocar los genitales, el coito), de manera gradual sin demanda en los tiempos acordados por los pacientes, son situaciones placenteras, comienzan tocándose entre sí excluyendo la zona genital y solo avanzan al siguiente paso siempre y cuando se sientan cómodos en el ejercicio anterior y acuerden avanzar. El procedimiento original de Masters & Johnson consistía en un entrenamiento intensivo. Actualmente se prefiere efectuar el ejercicio en periodos de una hora varias veces por semana, siendo los pasos a seguir descritos a continuación:

1. Se instruye a la pareja a evitar las relaciones sexuales penetrativas o cualquier otra forma de contacto genital directo. Se anima a la pareja a participar en ejercicios diseñados para promover sentimientos de comodidad y placer en ausencia de cualquier tipo de demanda de rendimiento. Esto disminuye la ansiedad y/o angustia de rendimiento en la pareja, reorientando el encuentro al reconocimiento mutuo. Estos ejercicios incluyen tocar el cuerpo del otro en una manera sensible y placentera, excluyendo el área genital. También es muy importante crear y o prescribir un ambiente íntimo y romántico en el que se garantiza la seguridad, privacidad y acogida mutua. El objetivo final es centrarse en las sensaciones corporales y los sentimientos de placer asociado con el ejercicio, a la disminución de las defensas, mayor intimidad diádica, conocimiento y disfrute mutuo.
2. En este segundo paso se agrega el contacto genital directo. Es importante incluir tocar los genitales en la atmósfera íntima y placentera creada en el paso

anterior, comenzar con lo extragenital al principio y durante toda la actividad, no solamente orientar a la pareja a concentrarse en tocar los genitales exclusivamente.

3. El tercer paso incluye la relación coital, sólo si ambas partes están de acuerdo y preparadas; el objetivo es similar a los ejercicios anteriores, que lo preceden, además de crear una atmósfera positiva e íntima, se centra en dar y recibir caricias y en el placer de áreas genitales y extra genitales.
4. El último nivel, es la integración de lo anterior sin la prohibición de orgasmo. Es esencial que la pareja siga el proceso de manera progresiva y completando cada fase, a partir de no genital y los juegos previos genitales, continuar con la relación sexual cuando se sienten cómodos y terminar en el orgasmo si es deseado. El objetivo principal es siempre el disfrute, el placer, la reducción de la ansiedad relacionada con el rendimiento sexual y finalmente llegar a un encuentro sexual satisfactorio para ambos.

Entrenamiento de habilidades sexuales: Los pacientes con disfunción sexual, tienen habitualmente conocimientos escasos de sexualidad, desconocen los aspectos psicofisiológicos de la respuesta sexual, lo que los lleva a tener encuentros sexuales monótonos y con escasas variantes, orientados al desempeño y logro de metas. Por lo tanto su comportamiento sexual se dirige principalmente a la relación sexual penetrativa y como objetivo principal la búsqueda del orgasmo. Los pacientes disfuncionales, presentan guiones sexuales rígidos y limitados. Los pacientes están centrados en el rendimiento, impidiéndoles disfrutar el encuentro y las sensaciones placenteras. Una estrategia para modificar estos guiones sexuales, es promover comportamientos sexuales más flexibles y menos restrictivos. Se les entrega información, y se planean con ellos guiones diferentes, que estímulos sexuales y comportamientos que les gustaría realizar de mutuo acuerdo.

Reestructuración cognitiva: La reestructuración cognitiva incluye una variedad de procesos y técnicas. Comienza con la identificación de las estructuras cognitivas, posteriormente se efectúan las técnicas de reestructuración cognitiva.

Los pensamientos automáticos son eventos involuntarios, determinantes más directos de las conductas y las respuestas emocionales. Uno de los primeros pasos de reestructuración cognitiva, consiste en la identificación de los pensamientos automáticos, estos se conceptualizan como pensamientos o imágenes automáticas e involuntarias que resultan como producto del procesamiento mental, serían constructos semánticos. Se instruye al paciente para monitorizar los principales pensamientos y emociones que se producen durante los eventos sexuales, las respuestas sexuales y comportamientos asociados. Los pacientes deben utilizar un autoregistro que describa la situación, los pensamientos que han ocurrido, su grado de creencia en ellos, las emociones experimentadas, así como su intensidad, los comportamientos asociados y donde tienen puesto el foco de atención si en la performance o el disfrute.

Los esquemas cognitivos, son patrones cognitivos estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de eventos, y adecuan el procesamiento de la información, la determinación de las respuestas emocionales y conductuales (Beck, 1996). Así, la evaluación de esquemas cognitivos activados en un contexto sexual es crucial, ya que supuestamente guían el significado asignado a los eventos sexuales y subyacen a los pensamientos y emociones automáticas durante la actividad sexual. Estos esquemas funcionan a un nivel preconscious y automático, (Alford & Beck, 1997).

Analizando, los pensamientos automáticos recurrentes durante la actividad sexual, podemos llegar a la comprensión de las preocupaciones centrales del paciente, permitiendo la comprensión e identificación de los esquemas cognitivos, las creencias rígidas, disfuncionales y las actitudes hacia los temas sexuales podrían ser develadas.

Técnicas de reestructuración cognitiva: Una vez que se logra la identificación y evaluación de la estructura cognitiva, los pensamientos automáticos y el desplazamiento del foco, es posible iniciar el proceso de reestructuración cognitiva propiamente tal. Una Información general y una educación sexual adecuada son primordiales en esta fase. Varios estudios han puesto de manifiesto la magnitud de mitos e ideas erróneas que los pacientes se presentan sobre aspectos básicos de la sexualidad. El fenómeno mediático de la sexualidad, ha puesto ideas irreales y nuevos mitos con respecto a una *sexualidad normal*.

Es recomendable que uno de los primeros pasos para hacer frente a los pacientes con sus creencias distorsionadas y desadaptadas es dar información precisa acerca de los procesos psico-fisiológicos básicos de la respuesta sexual. La biblioterapia sería de gran ayuda, se requiere utilizar lenguajes comprensibles, de lectura fácil y de autoayuda (Marrs,1995).

La evaluación y análisis de las ventajas y desventajas de las creencias sexuales junto al paciente permite evidenciar los beneficios y desventajas de estas y como han influido en la conducta del paciente. Cuando el paciente se informa e integra los fundamentos de la respuesta sexual humana y aprende a cuestionar la utilidad de sus propias creencias sexuales, se puede iniciar un trabajo terapéutico, para confrontar a la evidencia a favor y en contra de las creencias disfuncionales. El análisis de las pruebas se basan en un debate lógico, el paciente evalúa argumentos a favor y en contra de cada uno de sus creencias sexuales basadas en la evidencia y/o el pensamiento lógico. Además, es capaz de reconocer las distorsiones cognitivas o errores en el procesamiento de la información relacionada con los eventos sexuales. Otra técnica útil es el cuestionamiento socrático, Esta procedimiento se basa en el método de enseñanza utilizado por el filósofo griego y ayuda a guiar el proceso de auto-descubrimiento del paciente, lo que refleja en sus propias creencias y facilitar el desarrollo de nuevas interpretaciones alternativas.

El experimento conductual, llamado *prueba de la realidad* se implementa en situaciones empíricas de la vida real, permitiendo poner a prueba de manera encarnada, hipótesis derivadas de las creencias disfuncionales de los pacientes. Una vez que los pacientes han aprendido a identificar lo inadecuado de sus propias distorsiones cognitivas y la rigidez sus creencias sexuales. Están las condiciones de efectuar una formulación y práctica de creencias alternativas. Este proceso de comprensión de la evidencia y las distorsión semántica, que producen las disfunciones sexuales, permitirían al paciente alejar el efecto negativo de las creencias disfuncionales y los productos cognitivos erróneos secundarios. Se requiere a continuación construir con los pacientes procesos más flexibles y creencias funcionales, que tengan sentido para ellos. Posteriormente generar la oportunidad de practicar y ejercer su nuevo rol. Además, se anima al paciente a practicar las creencias y pensamientos alternativos en la vida cotidiana, manteniendo un apoyo necesario en todo momento.

Además de enseñar las habilidades sexuales y resolver los problemas personales e intrapsíquicos relacionados con la disfunción sexual, es importante tratar la distorsión cognitiva que mantiene la disfunción. Se describen ocho formas de distorsión:

- a) No tengo nada que hacer “he fracasado completamente porque no tengo erección o llego muy rápido”
- b) Sobre-generalización “si tuve problemas para controlar mi eyaculación o erección anoche, también tendré problemas en mi relación coital esta mañana”
- c) Descalificando lo positivo “mi pareja dice que la relación sexual fue satisfactoria para no herir mis sentimientos”.
- d) Lectura de la mente “no necesito preguntar, se cómo se sintió él/ella por lo de anoche”.
- e) Predicciones de la fortuna “estoy seguro que las cosas estarán mal esta noche”.
- f) Razonamiento emocional “porque lo que el hombre/mujer siente es verdadero, esto debe ser así”.

g) Imperativos categóricos “debería ser...” “tiene que ser... “, (dominan los procesos cognitivos).

h) Catastróficos “si fallo esta noche mi pareja me dejará”.

Biblioterapia: La biblioterapia se define como " el uso de materiales escritos o programas informáticos, o visualización de películas, con el propósito de una mayor comprensión o resolver problemas relacionados con el desarrollo de la persona y su pareja o por requerimientos terapéuticos " .la revisión de 92 estudios, demostró que podría ser útil para las disfunciones sexuales (Craighead, McNamara, Horan 1984).

Terapia combinada: Coaching: La terapia tipo “coaching” en Sexología, fue presentado por Althof en el 2007, definiéndola como intervenciones terapéuticas más directivas que la psicoterapia sola, están orientadas al asesoramiento, educación y enfocadas en la técnica sexológica. Los objetivos, son los obstáculos psicosociales, creados posteriormente o al inicio de la disfunción, como la evitación de preámbulo de la relación, conductas sexuales restringidas, detectadas por la pareja, falta de deseo de discutir el problema, creando barreras personales (Althof, 2007). Los objetivos del coaching incluyen:

- a) Identificar y trabajar las resistencias a la terapia, que permita un manejo de la DS.
- b) Reducir o eliminar la ansiedad de rendimiento.
- c) Mejorar la confianza sexual.
- d) Entender el contexto de sexualidad de los hombres/mujeres y sus parejas.
- e) Ayudar a las parejas a modificar sus conductas sexuales inadaptadas.

VII. TERAPIA SEXO-CORPORAL

El enfoque sexo-corporal define la salud sexual como un estado de desarrollo, entre la integración y la armonización los diferentes componentes que interactúan en la sexualidad humana. El modelo presenta un enfoque que sería, la aplicación de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Evalúa la

sexualidad de los pacientes de manera precisa, en cada uno de estos componentes, y proporciona tratamientos simples y eficaces.

Este enfoque fue desarrollado por el profesor Jean-Yves Desjardins (1986,1996), del departamento de Sexología de la Universidad de Quebec en Montreal (UQAM). JY Desjardins trabajo con François de Carufel y gracias a la contribución activa de Claude Roux-Deslande, desarrollan este modelo actualizado por D. Chatton (Chatton, Desjardins, Desjardins & Tremblay, 2005). La premisa en la cual se basa el enfoque sexo corporal, es el reconocimiento de la unidad fundamental que forman el cuerpo y el cerebro, ya reconocido por Wilhelm Reich en los años cincuenta (Reich, 1952).

Se requiere efectuar un análisis sistemático de conceptos y diferentes aspectos de la sexualidad (Trudel, 2003, Audette, 2005, Wisard & Audette, 2008), según este modelo se identifican los diferentes componentes que interactúan en la sexualidad humana, estos desarrollan a continuación:

Componente de la identidad sexual: La identidad sexual se define un conjunto de actitudes y comportamientos que determinan el rol y el género de un individuo. Este conjunto de actitudes y comportamiento es percibido por la sociedad como la manifestación prevista de la identidad sexual de la persona, su rol social.

Elementos del desarrollo sexual:

1. Componentes fisiológicos: los que se refieren la función fisiológica de la respuesta sexual y su evolución temporal, modos de excitación, fuentes etc.
2. Componentes sexo-dinámicos: el sentido de pertenencia al sexo biológico arquetipos, los estereotipos sexuales, el placer sexual, fantasía sexual, deseo sexual, los códigos de atracción sexual, agresividad sexual y asertividad sexual.
3. Componentes cognitivos: agrupan a la imaginario erótica, el conocimiento, las ideologías, sistemas de pensamiento, juicios valores, idealizaciones, creencias, etc.
4. Componentes relacionales: incluyen la comunicación erótica y amorosa, seducción y habilidades eróticas, pasionales intersubjetivas etc.

Componentes fisiológicos: La función de la excitación es expresada por un conjunto de parámetros. En primer lugar, la aparición del fenómeno de vasocongestión refleja genital. Este fenómeno depende del sistema nervioso autónomo, se produce de forma involuntaria. En segundo lugar, los ritmos, tensiones muscular y la amplitud de movimientos, descritas como las tres leyes de los cuerpos, la acción voluntaria indirecta en la curva de excitación. El uso del espacio se realiza en dos niveles: externamente por los movimientos corporales globales e internamente por la respiración.

Las fuentes de excitación sexual pueden variar en el individuo en el tiempo y de un individuo a otro. Las fuentes más comunes son el tacto y la visión (especialmente en los hombres), la audición, el olfato y el gusto pueden representar fuentes importantes de estímulos. El imaginario y códigos de atracción sexual, son fuentes de excitación más elaboradas.

A partir de observaciones en el laboratorio y descripciones obtenidos durante las evaluaciones de pacientes, una tipología clínica, identifica cinco maneras diferentes para aumentar y modular los patrones de excitación sexual:

1) *Modo de excitación sexual arcaico*, aparece en la infancia, a los meses de vida, cuando un mínimo de coordinación es posible. Lo podemos observar en los niños y en los adultos o pueden también descubrir o redescubrirlos más tarde. Este modo de excitación provoca el aumento de la excitación sexual, mediante la estimulación de los receptores propioceptivos del área genital. Para elevar la excitación sexual, se utiliza la presión o la tensión muscular en la alta intensidad sobre el área genital. Implica ritmos bastante rápido, un tono muscular muy alta hasta la hipercontracción (rigidez total), el uso de un espacio pequeño y una respiración corta y restringida.

2) *Modo de excitación sexual mecánico*, se traduce en rápidos movimiento mecánicos, realizados con precisión en los genitales. Esta velocidad elevada de estimulación es necesaria para aumentar la excitación sexual hasta el punto de no retorno. A diferencia del modo arcaico que implica receptores de profundidad, el modo mecánico implica receptores externos de la sensibilidad de superficie. Estos

receptores a menudo se estimularon por la fricción o toques suaves. Es a menudo la propia mano que efectúa la estimulación sexual y el resto del cuerpo hace muy poco movimiento. Una gran concentración es necesaria para el aumento de la excitación sexual, y la descarga orgásmica suele ser sentida como un alivio y no como un orgasmo. El modo mecánico es el modo de excitación sexual más frecuentemente utilizado por los hombres y mujeres.

3) *Modo de excitación sexual arcaico/mecánico*, utiliza ambos modos de excitación sexual arcaica y la mecánica, esta recurre a los dos sistemas de receptores, profundos (presiones y contracciones) y receptores de superficie (por la fricción tipo de estimulación). En esta modalidad de autoerotismo, se efectúa presión y fricción concomitante de manera agresiva (con una alta presión en los genitales).

4) *Modo de excitación sexual ondulatorio*, la persona vive su excitación sexual corporal, de manera cómoda y fluida, por movimientos globales sin rigideces, permitiendo el acceso a fuentes de placer y voluptuosidad sexual. Los movimientos son fluidos, ondulantes y armoniosos, la excitación sexual se difunde por todo el cuerpo. Esta expansión, se expresa a través del movimiento del cuerpo, yendo libremente en todas las direcciones. La principal dificultad si se utiliza exclusivamente la ondulación, puede dar como resultado una incapacidad para alcanzar la descarga orgásmica. El aumento de la excitación sexual es vivido en un cuerpo cómodo, que no requiere gran concentración, la respiración es profunda. La persona puede dejar fluir su imaginación para satisfacer sus caprichos.

5) *Modo de excitación sexual en ondas*, provoca la estimulación de los receptores internos y externos usando el cuerpo como un todo en un reflejo *doble báscula*. Esto se hace posible por los movimientos de la pelvis balanceándose hacia adelante y atrás. Los movimientos varían en amplitud de extensos/reducidos (espacio), ritmos rápidos/lentos (tiempo), así como las tensiones musculares varían de alta/baja tonicidad (intensidad). El movimiento es flexible, pero puede

ser tónico, tanto de la pelvis como los hombros, permitiendo acceso al placer sexual asociado al aumento de la excitación sexual.

En este modo los movimientos se encuentran en el eje del cuerpo. Las modulaciones de la excitación sexual en ondas progresivas, se producen por un fenómeno de resonancia, estas ondas de excitación sexual son cada vez fuertes y facilitan la percepción del placer sexual, que conduce gradualmente al orgasmo.

Existe una diferencia entre la descarga *orgástica* y la descarga *orgásmica*. La *descarga orgástica u orgaste* se refiere a una descarga fisiológica en referencia a los espasmos musculares involuntarios alrededor de los genitales y partes del cuerpo cuando la excitación sexual llega a su máximo. La *descarga orgásmica* se refiere al doble evento de descarga final corporal y emocional.

En términos de salud sexual, el modo en ondas da la posibilidad de lograr orgasmo a través de la auto-estimulación, sino que también al orgasmo coital, ya que es una combinación de la función de excitación y el placer sexual. Además, abre la puerta al desarrollo de deseo sexual coital en las mujeres, al permitir un campo de conciencia mayor al despertar la sensibilidad y el conocimiento interno de la vagina y la sensibilidad del cuello uterino.

Los componentes sexo dinámicos: Los arquetipos sexuales, diríamos que son elementos programados (probablemente en el cerebro límbico), instintivos, relacionados con la supervivencia de la especie, independientemente de la cultura. En comparación con el mundo animal, esta programación es relativamente baja.

En términos de salud sexual, se dice que una persona está firmemente arraigada en su sentido de pertenencia a su sexo biológico, si ella fue capaz de integrar y apropiarse de su arquetipo sexual. El arquetipo sexual masculino refiere a la capacidad erotizar su intrusivo sexual (erotismo fálico). Cuando un hombre está sexualmente intrusivo, deseará penetrar a su pareja, provocando placer sexual. El arquetipo sexual femenino refiere a la capacidad erotizar de su receptividad sexual (del erotismo vaginal). Ser sexualmente receptiva, a la penetración, querrá *llenar* su cavidad vaginal, provocando una gran cantidad de emoción y placer sexual. En virtud de la complementariedad erótica del hombre y la mujer anclados en sus

respectivos arquetipos, ambos tendrán acceso al deseo y placer sexual penetrativo.

Los estereotipos sexuales: Parte del desarrollo de la salud sexual y de una adaptación mínima a los estereotipos sociales y culturales relacionados con el sexo masculino y femenino.

Placer y deseo sexual: La función de placer sexual, debido a la unicidad *mente/cuerpo*, permitiría que la mejoría de la función de excitación sexual provocase un impacto directo en las funciones del placer sexual, disfrute sexual y orgasmo. En términos de placer sexual, cuando hablamos de la salud sexual de la persona es capaz de tener un placer erótico voluptuoso, de aumentar el nivel de disfrute, permitirse el abandono, teniendo una intensa descarga emocional y genital. Se describe también como parte de la salud sexual, cuando existe una asociación entre las percepciones agradables y los reflejos de excitación sexual. El disfrute sexual requiere de aprendizaje relacionado con la función de la excitación sexual. Por otro lado, las cogniciones, pueden tener un efecto inhibitorio o amplificador sobre el placer sexual. Las Fantasías sexuales, son componentes sexo-dinámico importantes, es muy reveladora de codificaciones sexuales de una persona en sus mentalizaciones. En general, la fantasía sexual es todo lo que una persona puede soñar o escenificar, tiene como efecto el de provocar la excitación sexual. El deseo sexual es una anticipación mental positiva que despierta el reflejo de la excitación sexual. En términos de salud sexual, es posible dividir el deseo sexual en varios componentes:

La identificación de los puntos de referencia del cuerpo:

1) *Deseo sexual:* se diferencia de otras formas de deseo, por los puntos de referencia corporales en la excitación sexual. Por ejemplo, las señales de excitación sexual de los genitales externos, a partir de estas signos corporales se puede sentir el deseo de contacto sexual.

2) *Erotismo de la diferencia:* sería la capacidad de excitarse sexualmente por las diferencias morfológicas del otro sexo. En términos de salud sexual, una persona con buena apropiación de sus genitales buscara complementarse a este nivel. El

erotismo de la diferencia también hace referencia a la diversidad que atrae a los dos integrantes de la pareja. El erotismo de la diferencia morfológica y psicológica sería por lo tanto un componente esencial para el deseo sexual sano.

3) *Erotización de la distancia*: considerada la capacidad para vivir cómodamente a cierta distancia entre sí y por lo tanto capaz de complacer en fantasías o pensamientos eróticos con el reencuentro y la cercanía. Para algunos que deseen más fusión con el otro, la distancia puede ser experimentada como una inseguridad y ser una fuente importante la ansiedad. El deseo fusional, responde a una necesidad de comodidad y seguridad, mientras que el deseo sexual utiliza necesidades sexuales de descarga y el placer sexual. El enfoque sexo-corporal, permite localizar a la persona en un *continuo individuación-fusión*. Es el equilibrio entre estos dos polos, lo que permite el nacimiento y el desarrollo del deseo sexual.

Atractivo sexual: Un requisito previo para el deseo sexual, es que la persona encuentre en su compañero elementos que se corresponden con sus códigos y elementos que son capaces de atraerlo sexualmente. Los códigos de atracción sexual desencadenan el reflejo de excitación sexual. En términos de salud sexual, los códigos de atracción debe ser lo suficientemente variados para permitir que una persona sea, erotizada tanto en lo sentimental (de intimidad emocional) como en el área genito/corporal.

Asertividad sexual: La asertividad sexual en términos generales, heteronormativos, es la capacidad de posicionarse en su feminidad para las mujeres y la masculinidad para los hombres. En términos de salud sexual, esto corresponde a dos habilidades esenciales: el narcisismo y el exhibicionismo. El narcisismo se refiere a la capacidad a mirarse con orgullo encontrarse hermoso/hermosa. El exhibicionismo se refiere a la capacidad de mostrarse con orgullo y seguridad.

En el enfoque sexo-corporal, la agresión sexual, corresponde a la capacidad de utilizar una intensidad emocional en la expresión de sus sueños sexuales, sus códigos de atracción sexual, así como su acto erótico, todo ello en relación con

sus necesidades sexuales. La agresión sexual no hace referencia al *abuso sexual*.

Los componentes cognitivos: En cuanto a los componentes cognitivos, se habla sobre salud sexual cuando una persona tiene un mínimo de conocimiento preciso sobre la sexualidad, con la libertad del aprendizaje erótico sin sentirse bloqueado, inhibido o culpable. Más detalles se presentan en los otros modelos TCC.

Los componentes relacionales: Se refieren a diferentes habilidades eróticas creadas en la pareja. Incluye la seducción, la comunicación y diferentes habilidades en el acto erótico en pareja. Hay una salud sexual adecuada cuando los integrantes de la pareja poseen habilidades eróticas, que ambos lleguen a seducirse mutuamente y comunicarse eróticamente. La capacidad de alternar entre los movimientos de fusión e individuación entre sí, también son parte de los criterios de salud sexual de la pareja.

Intervenciones según modelo sexo-corporal: Una vez que se realizan las primeras dos etapas: la identificación y la evaluación completa sexológica, estas permiten conducir a la comprensión de la lógica del sistema/paciente y de su funcionamiento sexual. Un tratamiento coherente y eficiente sólo puede llevarse a cabo si podemos entender todos los mecanismos involucrados, evaluando las fortalezas y limitaciones como base para el proyecto terapéutico personalizado, realista y alcanzable. Después de retroalimentación para sintetizar la diversa información recopilada, el plan de tratamiento será presentado de una manera clara, con un vocabulario familiar para el paciente, para asegurar su adhesión y la motivación a trabajar. Tres niveles principales del trabajo terapéutico:

- El nivel cognitivo
- El nivel de la sensación sentida
- El nivel de la imaginación erótica

Con la posibilidad de intervenir también con la pareja.

A nivel cognitivo, el trabajo comienza con una primera parte informativa y educativa. Una buena comprensión de los mecanismos que rigen el

comportamiento sexual, ya sean culturales, emocional, psicológico o fisiológico es lo primero. En la reestructuración cognitiva, a menudo es necesario en las primeras entrevistas, una información adecuada sobre la anatomía o fisiología. También es una oportunidad para manejar los apriorismos y prejuicios, por ejemplo, con respecto a los roles de género, proporcionar información sobre sus diferencias de funcionamiento masculino y femenino, así como el comportamiento sexual habitual esperable.

En el nivel de la sensación sentida, el enfoque terapéutico tiene como objetivo perfeccionar y desarrollar gradualmente emociones y sensaciones físicas placenteras asociadas con la excitación sexual, lo que contribuye positivamente a la codificación de las actividades eróticas.

En el enfoque sexo-corporal, hay muchos tipos de deseo, el deseo sexual, deseo sexual coital, el deseo de fusión, etc. (Desjardins, 1996). Es importante, identificar el tipo de deseo que estaría fallado en la disfunción sexual para guiar la intervención terapéutica en la dirección correcta.

El trabajo terapéutico consiste, en primer lugar, en comprender mejor las respuestas fisiológicas asociadas con la excitación sexual durante la autoestimulación (lubricación, rubores, respiración rápida, tensión muscular...). A continuación, animar al paciente a reconocer los receptores eróticos externos e internos en el momento de la relación sexual (exploración genital, la presión, la fricción, la observación de los cambios en el momento de excitación, etc.), permitiéndole reconocer los grados de excitación y las características de las zonas erógenas. Luego el aprendizaje de los movimientos específicos, permitirían difundir la emoción y canalizarla para lograr la descarga orgásmica. Los movimientos ondulantes, son grandes movimientos que promueven la fluidez del cuerpo, proporcionan acceso al placer sexual. El modo ondas de excitación, por su parte, se efectúan a través de un doble movimiento (*doble balancín*) de la pelvis, con un balanceo hacia atrás y adelante en el eje del cuerpo, y la parte superior moviliza el cuerpo en armonía. El modo ondulatorio y de ondas pueden tanto modular como elevar la emoción al *dejarse ir* y desencadenar el orgasmo.

Imaginería erótica: Las fantasías pueden ser vistas como una actividad perfectamente esperable e inofensiva, logrando emociones muy excitantes, estas se pueden disfrutar sin complejos ni culpas o incluso durante el acto sexual. La imaginación erótica puede ser considerada como una zona erógena en sí mismo, tan eficaz como los labios, las manos o los genitales. Rico en recursos, que ofrece muchas posibilidades. Permite dar rienda suelta a la curiosidad, enriquece la vida sexual, despierta emociones latentes y añade color al encuentro, pudiendo mejorar la calidad de la vida sexual y la satisfacción marital.

Para lograr erotizar el encuentro sexual, se debe primero aprender a codificar la sexualidad de manera positiva a través de su imaginación, el trabajo terapéutico consiste en la adquisición o mejoría del repertorio de estas fantasías, el paciente se debe sentir *autorizado* para fomentar por todos los medios que pueden estar disponibles y aceptados por los dos integrantes de la pareja en el encuentro erótico. La imaginación erótica, es en gran parte influenciada por la codificación positiva o negativa de la sexualidad en general. El lugar del imaginario erótico entonces puede estar en el proceso de la excitación sexual y en el desencadenamiento del deseo, la vía de la fantasía es una parte integral de la expresión sexual. Para lograr desplegar su función como un estimulante, esta debe haber sido nutrida, por pensamientos agradables y por experiencias sexuales positivas. Las anti-fantasías son conceptualizaciones pesimistas, las experiencias traumáticas, imágenes desagradables o atemorizantes relacionados con el sexo. Estas pueden afectar profundamente el funcionamiento sexual actúan como frenos o supresores del deseo y causan obstrucciones en la respuesta sexual.

VIII. TERAPIA DE ACEPTACION Y PLENA CONCIENCIA

El término TCC, no es un solo modelo teórico o terapéutico, sino más bien una gran familia de teorías e intervenciones que incluyen tanto los modelos tradicionales y las basadas en la aceptación y la atención, las TCC no son estáticas, sino que evolucionan constantemente.

En los enfoques basados en la aceptación y la plena conciencia, se aplica una filosofía contextual, asociada a la integración de otras escuelas de pensamiento, que abordan temas como el sufrimiento humano, espiritualidad y el momento presente. Considera además nociones de perspectiva científica, apoyada en bases filosóficas y en una teoría coherente. La investigación de imágenes cerebrales sugiere que la práctica de la atención plena está asociada con activación neuronal menor en las regiones del cerebro implicadas con pensamientos discursivos y mayor activación en circuitos relacionados con la atención. (Brefczynski-Lewis, Lutz, Scheffer, Levinson, Davidson, 2007; Cahn & Polich, 2006), fundamentales para la respuesta sexual (Barlow, 1986).

Estos enfoques ofrecen una visión contextualizada de los problemas. La atención se centra principalmente en las variables ambientales, las que predicen e influyen el comportamiento. Este sería, en términos de consecuencias o efectos que produce en el medio ambiente teniendo este último recíprocamente, control sobre la conducta, interdependencia entre comportamiento y su consecuencia es lo que importa. Es una visión diferente al diseño mentalista, ya que los comportamientos no se explica únicamente, por variables cognitivas. El comportamiento, entendido en el movimiento perpetuo en el contexto, el mismo en constante cambio, influenciado por una serie indeterminada de factores que hacen imposible aislar una sola causa. Se privilegia en este enfoque la función en lugar de la forma. Un comportamiento y su utilidad no pueden entenderse fuera de su contexto. Este puede revelar funciones similares. De hecho, la distracción, la preocupación y la rumiación pueden tener una función común, como evitar sentir algunas emociones (Ramnero & Törneke, 2008). Estos enfoques, promueven el llamado *Contextualismo funcional* (Hayes, 1993), ya que de acuerdo con esta filosofía, no existe una verdad objetiva, siendo el criterio de verdad pragmático, es decir, un comportamiento se considera verdadero para el individuo, si es eficaz y provoca el efecto deseado en un entorno particular, entonces, *la acción efectiva* ayuda a lograr el objetivo deseado.

En el modelo TCC tradicional las cogniciones, desempeñan un papel clave en la explicación de las emociones y el comportamiento. En los modelo de la tercera ola, la cognición no tendría un papel causal, ni tampoco la primacía de la cognición estaría en el origen de los problemas. La cognición no es una variable causal que aparece en un orden predeterminado, sería más bien un efecto secundario del contexto (Forsyth Lejuez, Hawkins, & Eifert, 1996).

Según Mirabel-Sarron & Philippot (2015), La Terapia de aceptación y compromiso (TAC), se basa en trabajos experimentales en el lenguaje, en los cuales se destacaron dos características importantes de los comportamientos de este. La primera es la insensibilidad a las contingencias cuando la conducta está bajo la influencia de una regla verbal. Adherirse a una regla verbal conduce a separarse de las consecuencias reales de sus comportamientos, lo que genera un menor ajuste con el medio ambiente y sus cambios. En casos extremos de aplicación de estas reglas, conduciría a una rigidez psicológica y reduce la capacidad de adaptar los comportamientos a las consecuencias directas, siendo finalmente un comportamiento gobernado por una regla, es un comportamiento gobernado por los antecedentes verbales.

La otra característica importante del lenguaje es su capacidad para enlazar eventos basados en características no físicas y, a menudo sin un aprendizaje específico. Este aspecto ha sido objeto de numerosos desarrollos en la teoría de los marcos relacionales (TMR), modelo sobre el que se apoya la TAC y que es en el campo del análisis del comportamiento. El TMR, ofrece una análisis conductista de cómo las personas crean redes cognitivas a través del cual los acontecimientos se entrelazan. Según la TMR, estas redes pueden ser desarrolladas, pero en general no pueden ser eliminadas. De hecho, tratar de eliminar o cambiar directamente las redes a menudo tiene el efecto paradójico de que lleva al desarrollo de nuevas redes.

Para Wilson y Luciano (2002) la TAC, es una aproximación basada en el contextualismo funcional, contrarresta las estrategias de regulación no adaptativas centradas en la respuesta. El cambio más importante sería el de las relaciones

que las personas tienen con sus experiencias y eventos negativos (Kashdan, Barrios, Forsyth & Steger, 2006). Respecto a la evidencia empírica de la TAC; Wilson y Luciano (2002) informan de que algunas de las conclusiones que pueden derivarse de todos los estudios en su conjunto sobre esta terapia hasta esa fecha son:

- a) Ha mostrado su efectividad y eficacia en estudios controlados.
- b) Es una terapia flexible en la aplicación y ajuste a diversos trastornos.
- c) Se ha comprobado en algunos casos, más efectiva que condiciones de control y que tratamientos cognitivo conductuales validados previamente.
- d) Es una terapia que incluye el aprendizaje del afrontamiento de las recaídas como una parte del proceso, siendo este dato revelador y crítico para el cliente en el proceso de la terapia.
- e) Los formatos breves, con más énfasis en los valores y en la exposición a los eventos aversivos.

La mayoría de los trastornos psicológicos podrían según esta teoría, ser conceptualizado como esfuerzos persistentes para evitar y eliminar los pensamientos, emociones y situaciones, una reacción llamada *adaptada* frente a los estímulos aversivos. Este enfoque aboga por una visión más ideográfica, es decir entender al individuo globalmente, la personalidad, hay que comprenderla dentro de cada individuo del funcionamiento humano (Dionne, & Neveu 2010).

Por otro lado, los enfoques basados en Mindfulness o conciencia plena, utilizados recientemente tienen resultados prometedores en el tratamiento de disfunciones sexuales. Los tratamientos han demostrado una eficacia psicológica a través de una amplia gama de problemas clínicos, que van desde el dolor crónico a problemas psicológicos tales como el trastorno de ansiedad generalizada, trastornos de la alimentación, afecto negativo y depresión recurrente (Baer, 2003, Grossman, Niemann, Schmidt, Walach, 2004 Shigaki, Glass, Schopp, 2006).

Los enfoques basados en la atención y la aceptación tienen como componentes principales son la atención y la actitud (ausencia de juicio), dando

menos importancia al diagnóstico, estarían más bien orientados, a las experiencias del cliente sin insistir en la necesidad de categorizar o juzgar esa experiencia, como un modo de ser, o de percibir, que implica literalmente *reconocer los propios sentidos*. Este modelo promueve una manera distinta de relacionarse con su mente egoica, donde los aspectos problemáticos, que provocan la sintomatología, tales como la reclusión en un universo conceptual, una ilusoria idea de la felicidad o las consecuencias del protagonismo desmesurado de la historia personal en su devenir actual. Estos enfoques ofrecen cambios contextuales y experienciales, promoviendo la eficiencia y la flexibilidad en el comportamiento. Favorecen la aceptación, crear un distanciamiento con los pensamientos, utilizar la conciencia plena, aumentar el contacto con el momento presente, integran el cuerpo en la psicoterapia y se centran en la relación terapéutica. Se aborda la relación y actitud del individuo en sus pensamientos, sensaciones y emociones. El contexto es externo e interno. Los pensamientos o eventos que surjan son considerados como objeto de observación, no como una distracción. Al ser identificados, en caso de ser disfuncionales, la atención se vuelve a dirigir a la respiración (anclaje), Evitando los pensamientos rumiativos (Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson et al, 2004).

La flexibilidad y la eficiencia en el comportamiento, es potenciada mediante las intervenciones terapéuticas que no están destinados a revelar si la percepción del individuo corresponde o no a la realidad, pero si para detectar si su comportamiento es eficiente y adaptado.

La aceptación de las emociones es sin duda una de las estrategias terapéuticas más importantes, para cambiar la relación que mantiene el cliente con sus estados internos. La aceptación, se define generalmente, como la acogida de todas las sensaciones, pensamientos y emociones que aparecen en la presencia de un estímulo desagradable, no hay que tratar de defenderse a sí mismo, juzgar o deshacerse de la experiencia. En la imposibilidad de controlar los fenómenos psicológicos, la aceptación toma sentido, para promover la autorregulación de las emociones y se opone a controlar o evitar pensamientos y emociones (Barajas,

2013). El proceso de *distanciamiento* o *descentramiento* de los pensamientos, son vehículos a través del cual opera este cambio en la relación con los pensamientos. Se le solicitará al individuo desarrollar una conciencia metacognitiva, en la cual son percibidos los pensamientos, como eventos mentales transitorios (Segal, Williams & Teasdale, 2002), los pensamientos son tratados como actos meramente psicológicos, no como hechos.

La plena conciencia fue tomado de la tradición budista y sería una forma especial de prestar atención a pensamientos, sentimientos y emociones en el momento presente y sin juzgar. Permite tomar distancia frente a los pensamientos. Es considerada como una herramienta para practicar la exposición y la aceptación de los pensamientos, sentimientos y las emociones. Además la manera de practicar el estar conectado con el momento presente.

La importancia de vivir el momento presente en el *aquí y ahora*. La atención se centra en aprender a estar en contacto con la experiencia del momento, a partir de las modalidades sensoriales, e identificar los pensamientos. Desarrollar la habilidad de percibir objetos del medio ambiente con los cinco sentidos en la experiencia del momento, reduciendo al mínimo la influencia de las experiencias mentales (reglas, juicios, evaluaciones, comparaciones, etc.).

La reconciliación/aproximación entre el cuerpo y la mente, ambos están interrelacionados, permiten evidenciar el papel de las sensaciones corporales, en el mantenimiento y la recaída sintomática. Se adopta una filosofía contextual y funcional. Además, el comportamiento de la función prevalece sobre sus formas o topografías, la cognición se convierte en una variable dependiente y es tratado como un comportamiento. Por lo tanto, una sexualidad mejoraría, tanto a nivel de pareja como individual, esta sería mucho más intensa y satisfactoria.

El enfoque terapéutico: Según Mirabel-Sarron, & Philippot (2015), tiene como objetivo aumentar la capacidad de aceptar las emociones y los pensamientos desagradables y la participación en comportamientos valorados. Esto se traduce en la práctica clínica por limitar la influencia del lenguaje y ayudar al paciente a

recuperar tanto como sea posible el contacto con las consecuencias directas de su comportamiento.

La terapia ACT comprende seis ejes principales que son trabajados a lo largo del apoyo terapéutico. Su objetivo es abordar los aspectos funcionales de la conducta y las dificultades inherentes del lenguaje. Estos ejes son:

- a) *Aceptación*: este es un proceso activo de limitar las acciones evitativas y escapes y enfrentan los eventos psicológicos desagradables (pensamientos, emociones, recuerdos, percepciones). Tratar de controlar sus eventos psicológicos conduce al fracaso, a la emoción dolorosa, se agrega la culpa de fallar. El control es el problema, no la solución. Por lo tanto, hay que desarrollar la aceptación (no renuncia o resignación), aceptar las emociones.
- b) *Defusión*: cuando actuamos de acuerdo con nuestros pensamientos como si siempre tienen la razón (fusión cognitiva), no estamos en contacto con las consecuencias de las acciones (insensibilidad). El problema no es el lenguaje, pero sí el lenguaje sin discernimiento, indiscriminado e inadecuado para el medio ambiente. El lenguaje no refleja necesariamente la realidad. Los pensamientos no son los acontecimientos en sí y lo que expresan no siempre es cierto. La defusión ve los pensamientos como acontecimientos psíquicos, donde el contenido no es necesariamente un reflejo de la realidad. Este trabajo consiste en la detección de la naturaleza arbitraria del lenguaje. Esto permite dar al lenguaje su lugar de convención arbitraria y no actuar únicamente en función del lenguaje (fusión cognitiva).
- c) *Ser como contexto*: las reglas verbales que asignan funciones a los acontecimientos más o menos arbitraria pueden actuar sobre nosotros. La definición de uno mismo hecho por uno mismo o por otros y que constituye el *simismo conceptualizado*. El problema es que los efectos de insensibilidad relacionados con la fusión con el lenguaje pueden aparecer también con la definición del sí-mismo: por lo que tienden a ajustarse a esta definición, para evitar lo que puede poner en peligro su *si-mismo conceptualizado*. Por lo tanto

aparecen dificultades e incoherencias del individuo, para participar en nuevos comportamientos y experiencias.

Para romper con la rigidez del lenguaje, en relación con el si-mismo, uno debe aprender a distinguir el si-mismo de los eventos psicológicos. El *yo como contexto*, es un cambio de perspectiva. Esto es para entender el contexto de aparición como sus pensamientos y sentimientos, en lugar de pensar que el autor o el objeto

- d) *Contacto con el momento presente*: esta es una aproximación a la atención plena, centrar la atención en el *aquí y ahora*, restringiendo la influencia de la búsqueda verbal.
- e) *Evidenciar los valores*: ayudar al paciente a identificar lo que realmente le importa a él, las principales direcciones a su existencia, sus valores y las consecuencias esperadas en el largo plazo y reducir al mínimo los que se producen en el corto plazo y son a menudo la causa de la evasión. Es el motor de la terapia del compromiso (pareja, la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la educación, la espiritualidad, la salud, etc.)
- f) *Acción*: este es el *compromiso* de la ACT. Una vez que los valores se ponen en evidencia, es importante evolucionar hacia la acción para desarrollar comportamientos coherentes con estos valores, cualesquiera que sean los acontecimientos psicológicos que resulten. El enfoque general consiste en poner al paciente en la acción en el sentido de sus valores, moviendo hacia comportamientos que funcionen y abandonar aquellos disfuncionales. El objetivo es recuperar la flexibilidad en la presencia de eventos psicológicos difíciles, es decir, hacer otra cosa que luchar.

El modelo puede ser sintetizado en tres dimensiones:

1. Aceptación y defusión: apertura
2. Momento presente y si-mismo como contexto: presencia y percepción.
3. Valores y acción: el compromiso.

Todos estos ejes están estrechamente ligados, cambiando uno se afecta al otro. No habría un orden preferencial psicoterapéutico en los puntos específicos a seguir prioritariamente.

En el caso de Mindfulness o de atención plena se ha definido como una conciencia no crítica, del momento presente y se configura en dos componentes: (1) Auto-regulación de la atención consiste en la capacidad de ser conscientes de los distractores potenciales y desenganchar el foco de atención de los mismos a continuación, volver al punto de enfoque seleccionado inicialmente. A esta competencia se le llama la noción de flexibilidad del foco atencional.

(2) La adopción de aceptación, una actitud curiosa, con una orientación abierta al presente (Bishop et al, 2004).

A continuación se presenta el contenido del programa basado en la atención plena, en dificultades sexuales en un grupo de mujeres según Brotto, Erskine, Carey, Ehlen, Finlayson et al en 2012 (pacientes con Cáncer cervicouterino y DS):
Sesión 1: Educación sobre las causas multifactoriales de las dificultades sexuales de las mujeres. Introducción al desarrollo cognitivo desafiando las creencias sexuales inadaptación. Educación sobre la prevalencia de la disfunción sexual después del cáncer. Introducción a los ejercicios de la imagen corporal y mindfulness.

Sesión 2: Tareas cognitivas desafiantes, con un registro de pensamientos. Práctica de mindfulness durante la reunión. Educación sobre la asociación entre la atención plena, la imagen corporal y la sexualidad. Entrenamiento en técnicas para mejorar la excitación.

Sesión 3: Educación sobre la asociación entre la relación de pareja, la atención plena, y la sexualidad. Educación sobre la salud del suelo pélvico. Terapia sexual basada en técnica del foco sensorial. Incorporación de la atención plena en los ejercicios sexuales.

Geonet, Za y De Sutter (2011,2013) describen un caso clínico únicamente en el uso de la atención plena, en el tratamiento del trastorno de deseo sexual

hipoactivo. Su programa incluyó sesiones de mindfulness con el terapeuta y tareas para casa en torno al uso de la atención plena en:

- Actividades de rutina
- Actividades relacionadas con el cuerpo
- Caricias en pareja, ambos vestidos, hacia fuera zonas erógenas
- Caricias en pareja, zonas erógenas externas, ambos desnudos.
- Caricias en pareja, vestido zonas erógenas.

En terapia sexual, el foco estaría en poner atención en el *aquí y ahora*. Ejercitar la *atención plena* con adiestramientos de relajación: respiración abdominal, conciencia corporal, fantasía dirigida. Utilizar los cinco sentidos puestos en la *atención plena* en las actividades (la vista, oído, olfato, gusto y tacto).

Otra variante es la terapia cognitiva dialéctica (TCD), es un modelo de tratamiento terapéutico desarrollado por la psicóloga estadounidense Marsha Linehan. Esta terapia combina estrategias clásicas TCC con la práctica de la atención del momento presente (*atención plena*), e incorpora el concepto de aceptación. Sus principales objetivos serían; permitir una mejor regulación emocional, reducir el comportamiento impulsivo y dañino para sí mismo, y estabilizar los procesos cognitivos. Por lo tanto, la TCD, comparte muchos puntos en común con las TCC de las llamadas de tercera ola, como el uso de las estrategias de aceptación, el énfasis en las emociones, la enseñanza de la conciencia del momento presente (*atención plena*) y la importancia de las variables del terapeuta (Hayes, 2004).

Estas intervenciones proporcionan estrategias de cambio tanto experimentales como en la práctica. El terapeuta promueve la flexibilidad y la eficiencia del comportamiento, la aceptación de las emociones, el distanciamiento de los pensamientos, la atención plena, el contacto con el momento presente y la conexión entre el cuerpo y la mente. Además, la relación terapéutica ocupa un lugar destacado.

El uso de la meditación consciente en terapia sexual parece una abertura interesante para ayudar a los individuos y sus parejas, con disfunciones sexuales. Principalmente las mujeres, quienes desarrollan una mejor capacidad de centrarse en las sensaciones sexuales. Su eficacia sobre los fenómenos de rumiación psíquica en el estrés y la depresión o el dolor crónico, serían de mucho interés, sumando herramientas en el desarrollo de terapias sexuales.

IX. TERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA EN SEXUALIDAD

En este capítulo se abordará el tema de la sexualidad, desde la mirada *constructivista cognitiva, como un enfoque diádico amor/pasión*. La pareja, según este modelo es vista como un proceso permanente, complejo y multifactorial. Durante su historia estos factores se recomponen permanentemente dando los *Estados Interpersonales*, que le son específicos a cada pareja.

Según Yáñez (2000), uno de los factores de la complejidad de la pareja es lo que corresponde al dominio *Eje sensualidad-goce-sexualidad-ternura*, o condición de revelación de estados tácitos del deseo, que se expresan como intención erótica.

Existen tres niveles están interconectados y sobrepuestos

- 1) *Nivel Biológico*: corresponde a respuestas corporales específicas, permiten el reconocimiento consciente y un cometido adecuado en la interacción posterior.
- 2) *Nivel Emocional*: corresponde a la repercusión emotiva de la experiencia inmediata o en curso.
- 3) *Nivel Cognitivo*: compromete al individuo en la interacción que lo interpela ante una alteridad relevante. La vivencia erótica, nos arroja a la realidad en curso, dinámica preferente de interacciones complejas entre la Mismidad y la Ipseidad.

Estados Interpersonales de la Pareja

Definidos según Yáñez (2002) como “configuraciones intersubjetivas transitorias, que permiten la coordinación de los deseos recíprocos de la pareja. Su operar implica una demanda personal diferencial de los sujetos involucrados en la interacción, al mismo tiempo que definen y regulan las posibles interacciones y sus condiciones contextuales e interpersonales. La forma como la pareja resuelve

y transita por ellos va a ser constitutivo de lo que sería el estilo particular de *ser pareja*". Propone cuatro categorías de interacción posible en la pareja:

Cotidianeidad

Estado cuya función es establecer condiciones contextuales e interpersonales para que la dinámica de la mismidad se despliegue primordialmente en el nivel de los procesos de mantenimiento del sí mismo. Se caracteriza por el predominio de los estados rutinarios, como de repertorios de conductas automáticas reiterativas en un medio ambiente habitual, y en la interacción rutinaria con el otro conocido.

Emocionalmente se encuentran cualitativamente cercanos a la condición de Apego, lo que implica bajo nivel de activación orgánica, alta protección, seguridad y un estado preferente de mantenimiento emocional y del deseo. *La Complementariedad Interpersonal* es requerida de mayor exigencia de coordinación, cooperación, comunicación en la pareja

Intimidad

Estado de mayor cercanía, orientado a la construcción de un espacio contextual y relacional, mas focalizado, permitiendo o no la eventual evolución y complementariedad de las intenciones y deseo erótico.

La intimidad se desarrolla, por una parte, a través del *componente verbal*, son códigos simbólicos habituales y nuevas señales de invitación hacia dominios o límites desconocidos, estos incentiva la emoción básica de curiosidad, tendiente a la seducción. Por otro lado El *componente no verbal*, forma de comunicación gestual, corporal y facial, cuya decodificación es a nivel de automatismo subconsciente, proporcionan señales emocionales, estimulan a la pareja a continuar de manera recursiva hacia una intimidad ascendente.

La construcción de una intimidad consigue poner a disposición de los demás, la proxémica personal, en un gesto de tolerancia, de entrega y de generosidad con el otro deseado. Si la tensión se mantiene en niveles efectivos, la intención erótica se desarrolla en un tenue y efímero nivel abstracto.

Erotismo

Posterior a la intimidad, se desarrolla la reunión de los cuerpos en las interacciones plasmando físicamente el deseo erótico. Describe el inicio de la resolución simbólica del estado de excitación, anticipa las condiciones de anhelo de completitud, reciprocidad y satisfacción del deseo erótico.

Existe una preeminencia de la comunicación no verbal, colmada de códigos biológicos y simbolismos ancestrales. Exploración centrada en los cuerpos, simultáneamente, focalización y aumentan de las interacciones, la excitación, búsqueda de bienestar e isomorfismo intencional del deseo.

Práctica Sexual

Es el estado donde confluyen todos los estados interpersonales anteriores, los repertorios sexuales, se despliegan al máximo, produciéndose la polaridad antitética de una máxima intensidad sexual, produciéndose o no el orgasmo o clímax seguido por el alivio erótico, en la fase de resolución.

Transitoriamente se puede llegar a una sensación de completitud y de satisfacción. Este estado da paso a un nuevo ciclo de pareja, que habitualmente va en dirección de una mayor generatividad (generatividad interpersonal), mutua y hacia una mayor complejidad personal (generatividad intrapersonal).

Metodología Psicoterapéutica Sexual en Parejas

El enfoque Psicoterapéutica Constructivista Cognitiva para parejas, tiene aspectos específicos que se detallaran a continuación (Yañez 2005, Arratia, 2009): El encuadre como espacio regulado y persistente terapéutico. Pudiéndose agregar la modalidad en co-terapia,

Encuadre Clínico

El encuadre psicoterapéutico: suministra las bases de las variables clínicas tanto específicas (diagnóstico, técnicas y tratamiento), e inespecíficas (alianza, comunicación verbal y no verbal, empatía, clima emocional, etc.).

Específicamente el *Encuadre Constructivista Cognitivo* tiene reglas interpersonales que regulan la relación terapéutica y cuya función es la de proveer

un contexto relacional estable, seguro y planeado en un tiempo suficiente que permita alcanzar las metas psicoterapéuticas.

En el modelo Constructivista Cognitivo: tenemos un encuadre explícito y un encuadre implícito, de la relación terapéutica.

a) *Encuadre Explícito*: reglas de funcionamiento especificado por el terapeuta, para definir los procesos y márgenes de la relación terapéutica, permite crear un contexto claro, promueve la alianza y la co-construcción de metas. Similar al contrato terapéutico (fijan metas, objetivos y medios necesarios). Explica de modo descriptivo, general, las condiciones del tipo de psicoterapia.

La devolución psicoterapéutica, central del encuadre clínico, juicio y análisis que el terapeuta se ha formado acerca de la pareja. Implica la evaluación y el pronóstico de las dificultades que presenta la pareja. Consiste en una declaración, al final de la tercera sesión, acerca de estos temas señalados; se realiza en un lenguaje cotidiano o común, comprensible para el paciente, que le haga sentido, en primer lugar se refuerza la idea de iniciar un proceso psicoterapéutico, se muestran fortalezas de la pareja, luego se analiza lo que están padeciendo (clima emocional, pautas relacionales, etc.), es posible utilizar alguna frase o idea del paciente, permite anclar en el paciente el concepto que ha sido escuchado empáticamente, finalmente se concluye preguntando si tiene alguna duda. Posterior a esta devolución, se opta por iniciar un proceso terapéutico o derivación a otro profesional.

b) *Encuadre Implícito*: reglas a la base de la relación terapéutica, estas dependen predominantemente de dos fuentes:

1) Comportamiento no verbal del terapeuta, son repertorios expresivo-motores involuntarios, efectuados durante la sesión o el proceso terapéutico general, evitar este nivel de lenguaje ya que puede prestarse a fijar pautas relacionales, etiquetajes o a malas interpretaciones, por parte del paciente.

La otra fuente de encuadre implícito son los usos y costumbres de una particular cultura o subcultura, que define las condiciones y las características interaccionales, el comportamiento de un paciente, de una determinada cultura,

tenderá a ser incorporado y a instalarse de una manera *natural* en la relación terapéutica, es el terapeuta como modelo de rol, proveerá las condiciones necesarias para mantener la relación en un contexto profesional adecuado.

La actitud terapéutica en un nivel técnico, presenta tres *estados intencionales* que son factores específicos de la terapia y se constituyen en competencias técnicas del terapeuta, estos son:

(a) *Intención de Neutralidad*: es la actitud terapéutica, que consiste en no dar una respuesta emocional consecuente con el impacto producido de algunos contenidos expresados por el paciente. Técnicamente, el terapeuta está disponible, para recibir cualquier contenido por parte del paciente, independientemente de lo fuerte, traumático o extraño que le resulte y no manifestar una reacción evidente.

Su logro depende de dos condiciones:

- La disposición de ser afectado con los acontecimientos del mundo y de los demás, al relacionarse con el paciente, se producen en él terapeuta todo tipo de pensamientos y emociones.
- La otra es la condición de *desenganche emocional personal*, definitivo por la exigencia técnica de no responder consecuentemente con sus propias emociones a los contenidos del paciente, Safran y Segal (1994), lo han llamado *descentramiento*, este consiste, según Yáñez en: "operar como observador participante de la propia experiencia vivida en una determinada situación. En otras palabras, el terapeuta en un acto de alteridad y teniendo como referente el impacto vivencial que le produce el comportamiento del paciente, opta por efectuar una intervención cargada de intención perturbadora y de cambio".

(b) *Intención de abstinencia*: se refiere a la disposición del terapeuta para no desarrollar contenidos personales durante la psicoterapia. La revelación de estos contenidos puede ser altamente compleja, sobre todo si no se puede determinar el efecto de esto sobre el paciente o la relación terapéutica.

(c) *Intención de receptividad*: actitud del terapeuta de poner toda su concentración sensorial, cognitiva y emocional para mantenerse en conexión con su paciente y los eventos terapéuticos. Esta aptitud es importante para decidir el tipo de intervención o técnica a utilizar dentro de la sesión.

Procedimiento Psicoterapéutico para Parejas

El procedimiento en el setting clínico con la pareja, habitualmente consta de dos terapeutas (un hombre y una mujer), en co-terapia, bajo ciertas condiciones de exigencia técnica, pudiera estar solo un solo terapeuta con la pareja. Se sustenta en la importancia que tienen las alianzas directas y cruzadas de género, la construcción del emergente interpersonal desde la perspectiva de lo masculino y lo femenino, y la operación de distintas configuraciones interpersonales al interior de la sesión. La co-terapia con parejas, cuatro personas, orientada a la resolución de problemas y metas, facilita un equilibrio terapéutico, disminuyendo los riesgos de colusión (aliándose consciente o inconscientemente con alguno de los miembros de la pareja), la triangularización (utilizado como un juez que dicta sentencia, de las acciones de la pareja), exclusión (puede ser privado de acción terapéutica, marginado por el conflicto, la pareja se vuelve contra el terapeuta) y la inclusión (disminuye la *eficacia terapéutica*, absorbido por la discusión y conflicto, sin poder distanciarse).

La co-terapia aumentaría la eficiencia y reduce la exposición de la pareja al tiempo de terapia. La presencia de dos terapeutas incrementa de manera exponencial las interacciones, la actuación combinada de los terapeutas tiene un mayor impacto, permite hablar *sobre los conflictos* y *sobre la pareja*. Esta doble mirada, favorece una mayor atención a los canales de expresión dicótica (contenidos, mirada ausente, posición de un integrante en relación al otro y sus intervenciones, tonalidades emotivas, etc.). La interacción entre ambos terapeutas, se puede presentar como aprendizaje vicario, el respeto, la escucha empática, la modulación y coordinación emocional, la validación y aceptación mutua. Condiciones para trabajar como tándem terapéutico (Villegas & Mallor, 2010), se precisa:

- Sentido de equipo
- Compartir un mismo modelo
- Compartir un mismo objetivo
- Complementarse: la visión masculina/femenina; la dimensión concreta/abstracta; realista/simbólica, operativa/hermenéutica, etc.
- Reforzarse mutuamente: entendimiento mutuo, aprecio profundo, valoración sincera.
- Disponibilidad y apertura para continuos aprendizajes.

Las condiciones para la psicoterapia se producen gradualmente desde la relación terapéutica, la alianza terapéutica y finalmente el cambio psicoterapéutico. Dichas fases son:

Fase N° 1: Evaluación

En esta fase es donde se produce la condición para el sentido y la proyección terapéutica. Periodo inicial de cimentación de la relación terapéutica y la alianza terapéutica.

Objetivos:

- Indagación sobre las quejas y motivo de consulta, el estado actual de la pareja en términos de recursos, fortalezas, atascos y deterioros relacionales, el impacto de la sexualidad como expresión de conflictos y sintomatología. Implicación de cada uno de los miembros en la demanda, determinar la importancia de las características personales de los integrantes de la pareja. Simetría y complementariedad. Dimensión evolutiva relacional y emocional. Naturaleza de la crisis o problema. Estructural (asimetría, carencias). Evolutiva (dificultades en el pasaje evolutivo). Conflictual (problema reciente, enfermedad, pérdida de trabajo, duelo, infidelidad, etc.) revisión del patrón familiar, de la posibilidad de hacer terapia de pareja y su pronóstico.
- Establecer el encuadre de evaluación con el fin de aclarar el sistema de trabajo característico de este modelo de terapia. Se pretende un acuerdo en torno a los procedimientos psicoterapéuticos.
- *Procedimiento:*

- En general Tres sesiones en pareja, de las cuales una, o una parte puede ser individual, en caso necesario.
- En la sesión final, se efectúa la devolución y se encuadran las condiciones de la psicoterapia.
- De no recomendarse la psicoterapia de pareja, se realiza la derivación pertinente.
- Fase N° 2: Construcción del contexto terapéutico
- Fase de asociación y análisis y trabajo con los fundamentos teóricos del Constructivismo Cognitivo. Periodo donde se acumula gran parte de la información, de los ejes diacrónicos y sincrónicos, permitiéndole al proceso terapéutico evolucionar entre diferentes niveles problemáticos, dependiendo de los requerimientos de los aspectos superficiales a más profundos.
- *Objetivos:*
 - Construcción de la alianza y del encuadre terapéutico.
 - Revisión de aspectos relacionales e individuales
 - Revisión de dimensión compensatoria y sus déficits
 - Revisión de dimensión cognitiva y vincular: compromiso, guión de pareja
 - Revisión de dimensión afectiva, empática y comunicación en la pareja
 - Revisión de la historia de la pareja y su sexualidad.
 - Abordaje de las conductas sexuales de la pareja.
 - Revisión de los estados interpersonales de la pareja.
 - Construcción del foco terapéutico.
- *Procedimiento:*
 - Cinco a diez sesiones, donde se revisan los objetivos de esta fase, respetando una secuencia natural posible del despliegue del contenido de los pacientes.
 - Las sesiones discurren cuidadosamente respetando la intimidad de la pareja de acuerdo a su propio ritmo, permitiendo que los contenidos complejos y conflictivos se resuelvan en el curso de la sesión.
 - Se le solicita a la pareja mantener clausurados a las reuniones terapéuticas, los temas conflictivos durante el periodo de la terapia, con el fin de mantener los

temas complicados en una discusión controlada durante la sesión de pareja, no conversar fuera de sesión los contenidos que en ella se han tratado, para evitar perennizar las temáticas y cristalización de posiciones contrapuestas.

- Se realizan intervenciones y técnicas de manera gradual, pero con el fin primordial de obtener información significativa, crear las condiciones de una doble descripción experiencial fenomenológica y producir en cierta medida una inferencia abductiva en la pareja, permitiéndoles observarse en sus dinámicas procesos y contenidos, revelando emociones creencias, filosofías de vida, aspectos cognoscentes, etc.
- Se revisan las historias familiares, la ideología sexual familiar, las conductas sexuales y la sintomatología presentada por los pacientes, incluso antes de la pareja actual. Se analizan principalmente los modelos eróticos sexuales de género y la relación de pareja parental.
- Se abordan las prácticas sexuales de la pareja, de una manera detallada y minuciosa en busca de guiones, patrones de conductas interpersonales disfuncionales o emociones funcionales y disfuncionales tales como angustia, tristeza, temores o ansiedad de rendimiento en las relaciones eróticas y sexuales.
- Se analizan los estados interpersonales de la pareja, entendidos como: cotidianeidad, intimidad, erotismo y prácticas sexuales.
- Fase N° 3: Psicoterapia Sexual Cognitiva
- Esta etapa se corresponde con una mayor actividad de la pareja de terapeutas y de pacientes, en términos de intervenciones psicoterapéuticas de niveles de confrontación, interpretación, bisociación y rotulación; además del uso frecuente de las técnicas procedurales, orientadas a la re-evocación y reestructuración de contenidos críticos, tanto personales como de pareja . La técnica de exploración experiencial, es particularmente interesante ya que para un mismo evento crítico podemos ver surgir dos procesos descriptivos, explicativos y comprensivos diferentes, esto permite ver las diferentes maneras de ser de cada uno en la pareja y acceder incluso a eventos experienciales de la pareja en directo. Todo

esto permite, escenificar el vínculo y a los integrantes de la pareja durante la terapia, suministrando una gran oportunidad para que la pareja se observe, comprenda y participe en la construcción de sentido, significado e identidad del otro y desde esa plataforma, construir un proyecto de pareja auténtico, sano y generativo.

- *Objetivos:*

- Construir un proceso psicoterapéutico adaptado al sistema consultante, con procedimientos, focos, plazos y metas específicas.
- Abordar los atascos, conflictos y síntomas más relevantes del motivo de consulta y los definidos por los terapeutas en la etapa anterior.
- Aplicar técnicas operativas y procedurales para las condiciones de cambio y buscar modificaciones y flexibilización, de los aspectos disfuncionales en de las emociones, pensamientos conductas específicas, derivando hacia dimensiones generales más funcionales para el sistema consultante.
- Producir alivio sintomático, flexibilizaciones y mejoría en los distintos estados disfuncionales de la pareja asociados con el foco sexual.

- Procedimiento:

- La duración de esta etapa depende del contenido y la delimitación de los focos, pero suele durar entre tres meses y un año.
- Se aplican técnicas operativas tales como: biblioterapia, prescripción de tareas, focalización sensorial, desensibilización sistemática, técnicas de aprendizaje de conductas sexuales correctivas, etc.
- Se Promueven, los estados interpersonales de la pareja que contribuyen a mejorar la aproximación a la sexualidad.
- Se trabaja con el modelo de Asertividad Generativa y la Teoría Cognitiva del Deseo, para generar las condiciones motivacionales y eróticas de la práctica sexual.

X. TERAPIA INTEGRATIVA MULTIDIMENSIONAL EN SEXUALIDAD MODELO INTEGRAL MULTIDIMENSIONAL O DE COMBINACIÓN (MIM)

Los problemas sexuales interfieren significativamente con la calidad de vida de un Individuo o su pareja, pueden asociarse con estado de ánimo deprimido y pueden causar o empeorar los problemas de relación diádica. Muchos individuos con disfunción sexual sufren en silencio y pueden tener vergüenza o tener incertidumbre de ser escuchado al plantear el problema a un profesional de la salud.

La disfunción sexual ha sido habitualmente conceptualizada desde un paradigma simplificado divergente en términos binarios dicotómicos, psicógena u orgánica. Si se identificó la etiología orgánica de base, podría ser abordado médicamente. Si no se identificó una causa orgánica, el paciente podría salir de la oficina con una derivación a un profesional de la salud mental con el mensaje implícito o explícito, de que el problema está *en su cabeza*. Este modelo binario, es obviamente insuficiente en la actualidad para explicar la complejidad, el multideterminismo y los aspectos multifacéticos de las disfunciones sexuales masculinas y femeninas.

La terapia sexual integral, es una forma especializada de asesoramiento o intervención medico/psicoterapéutica diseñada para ayudar a los individuos y las parejas con problemas sexuales. Además orientada a la identificación de los problemas médicos, psicológicos, o de la relación de pareja que contribuyen a la aparición y mantenimiento de los problemas sexuales. La terapia utiliza técnicas específicas de comprensión y manejo de los factores que contribuyen a la disfunción sexual. La terapia sexual es generalmente de corto plazo (aproximadamente de 1 a 3 meses) de tratamiento, puede ser llevado a cabo individualmente, en parejas o terapia de grupo.

La idea general de buscar un modelo integrativo ha ganado importancia en los últimos años. La diversidad de factores involucrados en la sexualidad tanto biológicos, psicológicos, relacionales y sociales, requiere una comprensión más

inclusiva y sofisticada de los pacientes, sus problemas, los diagnósticos y tratamientos involucrados. El modelo integral multidimensional, conceptualiza los factores psicológicos, biológicos y sociales como aditivos e interactivos en espiral. Por lo tanto se requiere un enfoque y un manejo que den cuenta de estas variables y actúe en consecuencia en todos estos niveles.

Los primeros conceptos de una terapia integrada en sexología se iniciaron con HS. Kaplan (1974), tomando como trabajo de base los aportes de Masters & Johnson, propuso la nueva terapia sexual que incorporaba aspectos de las TCC, el psicoanálisis y los enfoques sistémicos. Para Kaplan, las causas del trastorno sexuales podían ser múltiples, debido a factores intrapsíquicos interpersonal, cultural o de aprendizaje. Por ejemplo, miedo al fracaso, las expectativas reales o la sexualidad percibida con miedo al rechazo o la vergüenza, causas a menudo asociadas, en la disfunción sexual. Su modelo de terapia integrada era breve y los pacientes tenían ejercicios para hacer en casa. Inicialmente, el foco se colocaba sobre el síntoma sexual, pero si el tratamiento no era efectivo, se efectuaba una psicoterapia más profunda, para entender las posibles funciones intrapsíquicas del interpersonal del trastorno sexual.

Es importante tener en cuenta que hay muchos factores que pueden hacer a los individuos vulnerables a problemas sexuales: experiencias traumáticas de la niñez, envejecimiento, enfermedades, abuso de sustancias, efectos secundarios de algunos medicamentos, las cirugías, los problemas de pareja, el divorcio, la autoimagen, la ansiedad de rendimiento, Los factores culturales, el desarrollo de la vida sexual entre otros, estos pueden iniciar o mantener las disfunciones sexuales.

En problemas de salud mental, el concepto de terapia combinada no es nuevo. Forma parte de manejos protocolizados en el tratamiento de la depresión, esquizofrenia etc., las investigaciones han demostrado que la combinación de medicamentos con la psicoterapia es superior a cualquiera de los tratamientos independientes (Keller et al, 2000).

Frecuentemente, por otro lado, los tratamientos médicos para la disfunción sexual, permiten una mejoría de predominio sintomática. Estas aproximaciones terapéuticas están orientados a los aspectos más mecánicos de la función sexual y no dan respuesta a los problemas psicosociales asociados. Del mismo modo, las intervenciones psicológicas por sí solo pueden ser lentas y podrían tener dificultades para dar una rápida mejoría de los síntomas.

El Modelo Integral Multidimensional (MIM), emerge debido a que muchos trastornos sexuales, tienen un componente etiológico mixto fisiológico/psicológico, la terapia combinada (farmacológica/psicológica/kinésica) sería, en estos casos una indicación significativa y daría los mejores resultados según múltiples investigaciones, reforzando entre otros aspectos; la adhesión a la terapia, el tratamiento farmacológico y la satisfacción sexual (Althof, 2002, Phelps, Jain, Monga, 2004).

La terapia integral, estaría también motivada por la escasa eficacia de algunos tratamientos unimodales de la disfunción sexual. Por ejemplo, trastorno del deseo sexual hipoactivo en mujeres, o el trastorno de la excitación/ interés sexual. Los tratamientos farmacológicos (Flibanserina, lybridos, Bremelanotide) proporcionarían beneficios moderados, debido tal vez al mayor componente subjetivo y multidimensional de las disfunciones sexuales femeninas, (Derogatis et al, 2012; van Rooij et al, 2013).

Los tratamientos farmacológicos y psicológicos aislados, son a veces insuficientes en ayudar a los individuos y sus parejas a reanudar una vida sexual satisfactoria.

La terapia integrativa incluiría optimizar todas las recomendaciones médicas mientras que simultáneamente se efectúa un manejo psicoterapéutico de las barreras psicosociales que dificultan la eficacia, la satisfacción y el cumplimiento del tratamiento. Además, la terapia integrativa abordaría temas no explícitamente descritos en el tratamiento de las disfunciones sexuales como un manejo higiénico dietético (actividad física, dietas equilibradas), terapias físicas, como

tratamiento KNT, ondas de choque, terapia con células madre y finalmente las cirugías.

Los Componentes de un Modelo Multidimensional integrativa, biopsicosocial, de disfunción sexual serían según Mezzich & Serrano (2006) los siguientes:

- Factores biológicos: Dimensiones anatómicas y fisiológicas de la función sexual: vasculares, neurológicas, hormonales, iatrogenias medicamentosas utilización de drogas y estilo de vida.

- Dimensiones psicológicas:

- La cognición: supuestos; esquemas prototípicos; creencias o normas; percepciones; atribuciones; expectativas.

- Comportamientos: acciones

- Las emociones: sentimientos, por ejemplo, confianza; resentimientos, rabia, pena

- Dimensiones Relacionales:

- Identidad: tipo de apego, conocimientos de relación, expectativas, autonomía, cohesión, compromiso.

- Cooperación: interacciones, por ejemplo, la resolución de conflictos mutuo.

- La intimidad emocional: sentimientos de relación, principalmente empatía.

- Habilidades cognitivas: psicosexuales, conductuales, emocionales y aspectos interpersonales de hacer el amor.

Un marco terapéutico centrado y adaptado al paciente

Se enfoca el problema de manera integral, no solamente desde el punto biológico sino que se incluye el dominio psicológico y las implicaciones interpersonales, desde una dimensión holística, multidimensional constructivista, ofreciendo además al paciente un lenguaje apropiado y comprensible. Entender las competencias culturales, estas se refieren a comprender y aceptar al paciente con sus diferencias culturales, étnicas, sociales, religiosas, etc. (Guidano, 1997, Piola, 1994, Guilhot & Letuve, 1988 Rosen, Porst & Montorsi, 2004).

Para definir de manera adecuada una terapia MIM centrada en el paciente, deberían existir los siguientes criterios:

- 1) La disfunción sexual (DS) existe cuando una alteración aparece en alguno de los componentes de la función sexual, por ejemplo desde el deseo/interés, la excitación hasta el orgasmo, los cuales están reducidos o ausentes y generan distress o discomfort.
- 2) La DS es una condición auto reportada, por el paciente. La DS puede tener un impacto significativo en la calidad de vida, el bienestar psicosocial y emocional, tanto del paciente como de su pareja.
- 3) Las terapias estarían recomendadas, no sólo para la reducción o resolución de ciertos síntomas, sino que además en la mejoría integral del paciente y el bienestar sexual de ambos integrantes de la pareja.
- 4) Un adecuado control y seguimiento terapéutico post intervención.

La estrategia de diagnóstico y tratamiento

Los objetivos del enfoque serían; tener una mayor certeza en definir la presencia de DS o no; definir la gravedad de ésta; tener un plan eficiente de tratamiento; monitorear el curso clínico; terapia en pasos o con metas mínimas; utilizar un manejo unificado (protocolos) en la evaluación y tratamiento de las DS en ambos sexos (Montorsi et al, 2010).

Una de los algoritmos utilizados en la actualidad es el del ICSM-5((Montorsi et al, 2010), permite una aproximación clínica tanto en hombres como mujeres, dado una respuesta apropiada y adaptada a cada paciente:

Paso 1

Incluye la evaluación básica obligatoria; médica, psicosocial, además son altamente recomendados una exploración médica física focalizada y exámenes de laboratorio.

Paso 2

Incluyen la interpretación de los hallazgos y los requerimientos de test específicos más especializados en las DS.

Paso 3

Aspectos psicoeducativos al paciente y su pareja, este paso tiene un significado importante para las decisiones terapéuticas que se tomarán de acuerdo a las necesidades y requerimientos de la pareja

Paso 4

Desarrollar un plan terapéutico, teniendo en cuenta las disponibilidades de terapia, incluyendo los requerimientos y necesidades de los pacientes

Paso 5

El seguimiento de los pacientes con énfasis en el objetivo general propuesto al inicio del tratamiento, mejorar finalmente el bienestar subjetivo general sexual del paciente y no simplemente el alivio de los síntomas y / o la restauración de la función sexual.

Anamnesis

La evaluación psicosexual incluye; examinar las prácticas sexuales actuales, calidad de la relación y de la historia sexual, la salud emocional y factores contextuales históricos de la pareja del paciente o que influyen en este momento de sus vidas. Es importante evaluar todos los factores médicos y biológicos pertinentes que también pueden contribuir al desarrollo o el mantenimiento de la dificultad sexual actual.

Factores predisponentes, precipitantes, de mantenimiento y contextuales.

Factores predisponentes: Incluyen tanto las experiencias de vida y constitucionales anteriores que contribuyen a la vulnerabilidad de una persona. Estos factores por sí solos rara vez son suficientes para crear la disfunción sexual (McCabe M, 1994). *Factores precipitantes:* son los factores más inmediatos que pueden desencadenar una respuesta sexual disfuncional. *Factores de sostenimiento:* de los procesos disfuncionales, que afectan negativamente la función sexual puede prolongar y agravar los problemas, independientemente o no de la predisposición original o condiciones precipitantes. *Factores contextuales:* abarcan las actuales tensiones del día a día y las demandas que inciden en el individuo o la pareja. Cada uno de estos dominios contribuye tanto en el individuo y la capacidad de las parejas para mantener una vida sexual activa y satisfactoria.

A continuación se presentan algunos de los factores más frecuentes vistos en terapia sexual.

A) Factores que predisponen:

Factores personales constitucionales:

- Deformidades anatómicas, por ejemplo, condiciones intersexuales. Irregularidades hormonales.
- El temperamento, por ejemplo; la inhibición/excitación; la timidez frente a la impulsividad.
- Resiliencia física.
- Los rasgos de personalidad, obsesivo compulsivo vs. Histriónica.
- Enfermedades, psicósomáticas o físico-fisiológicas (hipertensión, hipoandrogenismo, menopausia diabetes mellitus, tabaquismo, depresión, etc.

Factores personales del desarrollo

- Situaciones problemáticas de apego o experiencias con los padres o sustitutos de los padres.
- La exposición a la coerción o violencia física o sexual.
- La intervención quirúrgica/enfermedad médica.
- Trauma de eventos y procesos.
- Experiencias sexuales tempranas, por ejemplo, la primera relación sexual.
- El abuso sexual.
- Mensajes religiosos/culturales, las expectativas, las limitaciones, aceptación de mitos culturales irracionales.
- La poca o Inadecuada información sobre la sexualidad, ansiedad o angustia asociada a interacciones sexuales.
- Falta de habilidades y conocimientos sexuales propios y de la pareja.
- Adopción del *rol de espectador*.
- El miedo: anticipado a la relación sexual, al embarazo, a enfermedades venéreas, al rechazo, a la pérdida de control, al dolor, a la intimidad...

Factores interpersonales

- Deficiente comunicación
- Luchas por el poder en el seno de la pareja
- Hostilidad hacia la pareja
- Desconfianza
- Falta de atracción física
- Diferencias en actitudes hacia el sexo o preferencias sexuales
- Educación moral y religiosa restrictiva
- Relaciones entre los padres deterioradas.
- Inadecuada educación sexual
- Experiencias sexuales traumáticas durante la infancia.
- Inseguridad en el rol psicosexual durante los primeros años.

B) factores que precipitan:

- Factores de estrés de las etapas la vida de tales como; el parto, el divorcio, la separación, la pérdida de la pareja, la infidelidad, molestias de la menopausia infertilidad o experiencias post-parto.
- Los encuentros sexuales / experiencias Humillantes o traumáticas.
- La depresión / ansiedad.
- Problemas de pareja.
- Abuso de sustancias.
- Expectativas poco razonables.
- Disfunción sexual en la pareja con la que se interacciona.
- Algún fallo esporádico y reacción a algún trastorno orgánico.
- Edad de inicio de actividad sexual.
- Enfermedades, psicósomáticas o físico-fisiológicas

C) Factores que mantienen la disfunción:

- Conflictos interpersonales en curso
- Estrés- emocional, laboral, personal.
- Los problemas de salud agudos crónicos de enfermedad.
- Los medicamentos, abuso de sustancias.

- La pérdida de la confianza sexual, la ansiedad de rendimiento.
- Ansiedad ante la interacción sexual.
- Anticipación de fallo o fracaso.
- Sentimientos de culpabilidad.
- Falta de atracción entre los miembros de la pareja.
- Comunicación pobre entre los miembros de la pareja.
- Problemas en la relación de pareja.
- Miedo a la intimidad.
- Deterioro de la auto imagen.
- Información sexual inadecuada.
- Escaso tiempo dedicado al galanteo o caricias antes de pasar al coito.
- Trastornos comportamentales (Depresión, alcoholismo, anorexia, ansiedad).
- Enfermedades, psicosomáticas o físico-fisiológicas (hipertensión, hipoandrogenismo, menopausia diabetes mellitus, tabaquismo, etc.).

D) Factores contextuales

- Demandas diarias de estrés y cargas financieras, desempleo, cuidado de los padres, hijos o pareja, la fatiga de la crianza
- Limitantes ambientales, como la falta de privacidad, el tiempo, la pareja que trabajan en diferentes turnos, etc.
- La infertilidad que acarrea los intentos repetidos y fallidos para concebir hijos, o las tentativas de concebir artificialmente mediante apoyo medicalizado.

A continuación se presentan los resultados y análisis tomados de varios estudios de revisión de la literatura y metaanálisis de las disfunciones sexuales. Se presentan las modalidades terapéuticas de manejo de las disfunciones sexuales más frecuentes, con su grado de evidencia (Althof et al, 2010, Almåsa & Landmarkb, 2010, Günzler & Berner, 2012, Brotto et al 2016).

Disfunción eréctil

El tratamiento psicológico de la disfunción eréctil, consiste en una variedad de intervenciones, incluyendo la desensibilización sistemática, la focalización sensorial, terapia de pareja, la educación sexual, técnicas conductuales, la comunicación y entrenamiento de habilidades sexuales, y ejercicios de masturbación.

Reducir o eliminar la ansiedad de rendimiento; comprender el contexto del encuentro sexual, psicoeducación y modificación de los guiones sexuales disfuncionales, Identificar y reducir la resistencia a la interrupción prematura del tratamiento farmacológico. Se recomienda usar la TCC para los hombres con disfunción eréctil (recomendación grado A).

En los estudios de los hombres con disfunción eréctil, los que recibieron psicoterapia más sildenafil mostraron una mejoría mayor que los que recibieron sildenafil en monoterapia. (Althof, 2006, Abdo , Afif-Abdo, Otani et al, 2008).

En el tratamiento farmacológico para la disfunción eréctil, contamos como primera línea, con los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (IPDE5). En caso de refractariedad al tratamiento oral, se utilizan fármacos vasoactivos, estos se inyectan en el tejido eréctil del pene, el alprostadil, la fentolamina y la papaverina son los principales agentes con licencia para la terapia intracavernosa de inyección. Alprostadil también está disponible como un supositorio intrauretral (recomendación grado A).

Las ondas de choque permiten actuar sobre los factores angiogénicos peneanos para tratar la etiología inicial y no solo sintomática como los IPDE5, cuando la DE es de predominio vasculogenico (fumadores, pacientes diabéticos, hipertensos). Ha sido recomendada por la Asociación Europea de Urología desde el 2013 (recomendación B). La Kinesioterapia del piso pélvico ha demostrado también un impacto benéfico (opinión de expertos).

Los dispositivos de vacío, son aparatos que utilizan una presión negativa para llenar el pene con sangre, se pueden usar anillos de constricción en la base del

pene, permiten la retención de sangre y una erección suficiente para una relación penetrativa, en general se deben utilizar por un tiempo no mayor a 20 minutos. El tratamiento quirúrgico de la disfunción eréctil, mediante la revascularización arterial, en general está recomendada en hombres jóvenes que han sufrido lesiones arteriales traumáticas. En algunos casos de fuga venosa una cirugía puede ser efectuada. La cirugía protésica peneana para la disfunción eréctil, se utiliza cuando falla la terapia médica o si la terapia farmacológica está contraindicada. Los resultados son excelentes para el paciente y su pareja. (Recomendación grado A).

Podríamos concluir que se ha demostrado que los tratamientos integrales son más eficaces que cualquiera de las intervenciones médicas o psicológicas por sí solas (Abdo et al, 2008, Althof, 2013).

En su conjunto, la literatura nos permite recomendar la psicoterapia asociada al tratamiento médico de la disfunción eréctil (recomendación grado A).

Tratamiento de la eyaculación prematura (EP)

La terapia psicológica en la EP, es una integración de enfoques psicodinámicos, sistémicos, conductuales y cognitivos dentro de un modelo de psicoterapia a corto plazo. Los principios básicos del tratamiento están orientados a que el paciente aprenda a reconocer los niveles de excitación pre orgásmicos y así controlar la eyaculación, además de la comprensión del significado del síntoma y su contexto. El terapeuta ayuda al paciente a recuperar la confianza en sí mismo, modificar sus repertorios sexuales rígidos y reducir la ansiedad de rendimiento.

Aunque los autores de una revisión sistemática reciente concluyeron que las técnicas conductuales son eficaces para los hombres con EP, se requieren más estudios de resultados con mayor seguimiento (Althof, Leiblum, Chevret Measson, Hartmann U, Levine et al, 2005).

Se recomienda que los clínicos consideren intervenciones psicológicas TCC en el tratamiento de hombres con EP (Recomendación de opinión de expertos).

También se recomienda utilizar las intervenciones psicológicas complementando el tratamiento médico de la EP (Recomendación de opinión de expertos). .

El tratamiento farmacológico consiste en administrar los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS; paroxetina, fluoxetina, sertralina) y el tricíclico serotoninérgico, clomipramina. Recientemente, la dapoxetina ha sido aprobada oficialmente en Europa y USA en el tratamiento a demanda de la EP. (Recomendación grado A).

Los tratamientos para la eyaculación precoz, con inhibidores de la recaptación de la serotonina o los IPD5, aumentan el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal (TLIV). (McMahon et al, 2011). Esto permite desconfigurar el síntoma en una etapa inicial, una técnica asociada cognitiva conductual, en la cual el paciente pueda reconocer los estados pre orgásmicos, este manejo combinado tiene un mejor resultado que el fármaco solo. Los hombres que aprenden cómo retrasar/controlar su excitación, es probable que sientan que no fue solamente la droga que les ayudó a superar sus dificultades, sino que ellos aprendieron a regular sus emociones. Además el tratamiento con ISRS tien fenómenos iatrogénicos a largo plazo por lo que un tratamiento combinado no debería durar más de 6 semanas (Salas, 2006, Althof 2007).

Los anestésicos tópicos han demostrado ser eficaces, pero presentan problemas secundarios como la disfunción eréctil o provocan una disminución de la sensibilidad genital en la pareja. Los tratamientos quirúrgicos como la circuncisión, la neurotomía selectiva del nervio dorsal o el aumento del glande del pene de gel de ácido hialurónico son tratamientos que están en estudio (opinión de expertos).

La disfunción orgásmica

Es la incapacidad para lograr un orgasmo, un marcado retraso del orgasmo o también puede ser una disminución de la intensidad de las sensaciones

orgásmicas. La disfunción orgásmica puede ocurrir junto con una disfunción eyaculatoria, conocida como eyaculación retardada o inhibida. Antes de iniciar un tratamiento se deben excluir imperativamente las condiciones médicas, así como medicamentos que podrían retrasar la eyaculación

Se recomiendan habitualmente, la educación del paciente respecto a los factores existentes que participan en el síntoma, los cambios de estilo de vida, disminuir el consumo de tabaco y alcohol. Entrenamiento en técnicas del puente o que maximicen la estimulación del pene, como la KNT y manejo práctica del piso pélvico. (Hawton, 1989).

Se recomienda que los clínicos consideren intervenciones psicológicas TCC en el tratamiento (Recomendación de opinión de expertos). También se recomienda que el clínico utilice las intervenciones TCC para complementar tratamiento médico (recomendación de opinión de expertos).

Deseo sexual hipoactivo hombres

Se recomienda que los clínicos consideren intervenciones psicológicas en el tratamiento (Recomendación de opinión de expertos).

También se recomienda que los clínicos efectuar intervenciones psicológicas para complementar el tratamiento médico (recomendación de opinión expertos).

O'Carroll y Bancroft (1984), mostraron que las inyecciones de testosterona tenían eficacia para mejorar los problemas del deseo/interés sexual. La anfetamina y metilfenidato puede aumentar el deseo sexual mediante el aumento de la liberación de dopamina. El Bupropion, un inhibidor de la recaptación de la norepinefrina y la dopamina, se ha demostrado que aumentar la libido (Stahl, 2000) (Recomendación de opinión de expertos).

Deseo sexual hipoactivo mujeres

Evaluar primeramente el estado emocional y físico, buscar la existencia de síntomas de depresión o ansiedad, uso de alcohol o drogas, asegurando un sistema higiénico dietético sano, sueño adecuado, ejercicio y dieta equilibrada,

optimizar relación con la imagen corporal, las secuelas de abuso sexual problemas en la relación de pareja etc.

La terapia sexual Masters & Johnson y Kaplan, dan buenos resultados, incluyen ejercicios tipo foco sensorial, en los cuales la pareja efectúa el ejercicio por turnos, con retroalimentación verbal y táctil. El tratamiento psicológico con las TCC se basa en el tratamiento de pensamientos negativos y comportamientos que provocan un ciclo disfuncional, estos fomentan una conducta problemática. También se pueden tratar problemas no resueltos en la historia de la mujer.

En un meta-análisis, en la mayoría de los estudios se utilizaron de preferencia intervenciones psicológicas con modelo TCC (Frühau, Gerger, Schmidt et al. 2013) En general, estas aproximaciones terapéuticas producen un efecto significativo en el tratamiento del bajo deseo/interés sexual, mejoran la calidad de vida sexual, conyugal y satisfacción sexual. La inclusión de la pareja masculina en el tratamiento da mejores resultados (Berner & Günzler, 2012). Basado en esta meta-análisis se recomienda que los médicos utilicen la TCC en el tratamiento de las mujeres con bajo deseo/interés sexual (recomendación de grado A).

Más recientemente, la TTC-mindfulness, en mujeres en áreas como el trastorno del deseo o la excitación, se efectuaron ejercicios de atención plena, centrada en momento presente, con una conciencia no crítica. Se observaron mejorías significativas en el deseo sexual, la excitación y otros dominios de la sexualidad.

En general estos enfoques psicológicos, son eficientes y no tienen efectos secundarios adversos (recomendación grado B)

También se recomienda que los clínicos siempre que sea es posible, se utilice la terapia pareja o terapia grupal (recomendación grado A).

Dentro de los tratamientos farmacológicos tenemos la testosterona transdérmica, que se utiliza de preferencia en mujeres menopáusicas. Se preconiza la administración del tratamiento en gel o parche, dando como resultado una mayor actividad sexual satisfactoria, experimentando un nivel mucho más alto de la respuesta sexual y aumento de la frecuencia de relaciones

sexuales. Los parches de testosterona están aprobados para su uso en mujeres con menopausia quirúrgica en Europa. (Recomendación grado C).

Los estrógenos de reemplazo, tienen efectos beneficios sistémicos y locales a nivel vulvo-vagina, mejorando la atrofia genital, aliviando la sequedad vaginal y la dispareunia.

La Dihidroepiandrosterona (andrógeno tipo prohormona), también tendría efectos positivos en la atrofia vaginal y otros aspectos de la función sexual.

La tibolona es un derivado de la 19-nor testosterona, posee propiedades estrogénicas, progestagénicas y androgénicas. Tiene acción como estrógeno en el cerebro, la vagina, y el hueso, sin actividad en endometrio y mama. Presenta un efecto significativo beneficio en la esfera sexual.

Entre los agentes de acción central, el bupropión (antidepresivo atípico), bloquea la recaptación de noradrenalina y dopamina, produce un incremento y mejoría en la excitación sexual y el orgasmo, pero no el deseo sexual (Nivel 1-2). La flibanserina es un antagonista del agonista / 5-HT_{2A} 5-HT_{1A} mostró una mejora significativa sobre los dominios de la función sexual femenina (nivel 2) (recomendación grado B)

Tratamiento de las disfunciones orgásmicas

La masturbación en el trastorno orgásmico primario, puede ser considerado un tratamiento eficiente, establecido en múltiples estudios, en el caso de trastorno orgásmico adquirido son considerados como probablemente eficaces. A este procedimiento se agregan la educación sexual, entrenamiento de habilidades sexuales, terapia de pareja, técnicas de reducción de la ansiedad y técnica de foco sensorial. (Ishak, Bokarius, Jeffrey et al, 2010).

En un estudio de meta-análisis, se encontró un efecto moderado sobre la anorgasmia y la satisfacción sexual (Frühauf et al, 2013). En el único estudio que evalúa la técnica de alineación coital, utilizada a menudo en mujeres que desean tener una capacidad orgásmica con la penetración vaginal, estas presentaron una alta tasa de orgasmos durante el coito, y orgasmos simultáneos con este

procedimiento (Hurlbert & Apt, 1995). Tomados en conjunto todos estos resultados, se recomienda la TCC para las mujeres con anorgasmia (Recomendación grado A).

En el caso de trastorno orgásmico inducida por ISRS, el uso de 50 - 100 mg de sildenafil, mejoró significativamente la función orgásmica (recomendación grado C)

Los trastornos por dolor sexual tipo dispareunia, vaginismo o trastorno de dolor genito-pélvico/penetración

La presencia de este tipo de trastornos es bastante compleja y tiene múltiples factores, siendo además muy heterogénea, requiere un manejo multimodal deberían tomarse en cuenta todos los factores etiológicos.

Vestibulodinia

En cuanto a las intervenciones médicas los resultados han sido variables, se han utilizado; fluconazol o cromolyn 4%, pero no demostraron ser más eficaces que los obtenidos con placebo. Otros tratamientos han tenido resultados exitosos como las inyecciones de toxina botulínica o la utilización de medicamentos como la capsaicina, ketoconazol, lidocaína / xilocaína, antidepresivos tricíclicos, como duloxetina o venlafaxina, y anticonvulsivantes como la carbamazepina o gabapentina. También se han propuesto un bloqueo anestésico local y/o a nivel neural, pudiendo llegar en casos graves a la de vestibulectomía (recomendación Grado C/D)

Las terapias kinésicas como biorretroalimentación del piso pélvico y la terapia física, como los ejercicios de Kegel y de relajación son útiles con beneficio a largo plazo.

Vaginismo

El Vaginismo a menudo se superpone al dolor pélvico, pudiendo responder a algunas de las opciones de tratamiento del dolor pélvico. El tratamiento tiende a

centrarse principalmente en el manejo de la contractura muscular, la cavidad vaginal y la dilatación progresiva, asociada con la desensibilización progresiva y una variedad de técnicas de relajación.

Se recomiendan y se han utilizado durante mucho tiempo, los dilatadores vaginales. Las indicaciones clínicas Incluyen la dispareunia, hipertonía del piso pélvico y vestibulitis vulvar.

Los procedimientos adyuvantes utilizados incluyen, TCC, biblioterapia, la educación sexual para disminuir el miedo y la ansiedad penetración, exámenes ginecológicos educativos, KNT del piso pélvico, anestésicos tópicos, medicación ansiolítica inyecciones de toxina botulínica (grado de recomendación B).

Los resultados de estos estudios demuestran que integrar un tratamiento combinado médico/psicológico/kinésico, mejoraría los resultados de los tratamientos, una disminución de las tasas de interrupción e incrementan la satisfacción sexual, en comparación con el tratamiento farmacológico o psicológico unimodal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los pensamientos, sentimientos y estados de ánimo puede tener un efecto significativo en la aparición, el curso y tratamiento de muchas enfermedades, el estado de salud funcional está fuertemente influenciada por el estado de ánimo, habilidades de afrontamiento y el apoyo social. Sin embargo, el enfoque predominante en la medicina es tratar a personas con trastornos o disfunciones sexuales con medios higiénico-dietéticos y farmacológicos. Estos tratamientos no exploran directamente las dimensiones mentales, emocionales y conductuales de la enfermedad, podría haber un desajuste entre las necesidades de salud psicosocial de las personas y los tratamientos habituales de respuesta médica, se dejan de lado enfoques más holísticos de los pacientes y sus parejas como mejorar, habilidades de afrontamiento, la sensación de control, que satisfagan las

necesidades psicosociales y mejorar la adaptación a la enfermedad. Por otro lado los tratamientos psicológicos, pueden requerir un tiempo muy largo de terapia y demorar el alivio sintomático. Recientemente un aporte significativo ha sido la asociación terapéutica de los ejercicios kinésicos de manera complementaria al tratamiento de muchas disfunciones sexuales (DS).

Existe una literatura emergente que muestra un beneficio sinérgico del uso de intervenciones de manera integrada, asociando los tratamientos psicológicos y bio-médicos para una serie de condiciones psiquiátricas incluyendo la depresión, el trastorno de estrés postraumático, y, en menor grado, la esquizofrenia.

Una Terapia integrada es un concepto interesante que tiene el potencial para avanzar de manera significativa en la comprensión y tratamiento de las disfunciones sexuales. La combinación de las intervenciones bio-médicas y psicológicas, tiene la ventaja de beneficiarse del efecto de ambos tratamientos mejorando la eficiencia, aumentando la satisfacción del tratamiento, incrementa los aspectos relacionales y disminuir la interrupción del tratamiento por parte de los pacientes (Althof, 2006). La terapia integrada, también proporcionaría a los pacientes una rápida mejoría de los síntomas, esto ayudaría de manera significativa en el proceso de resolución del problema, sus consecuencias y aumento de la adherencia al tratamiento.

El término integral se utiliza para denotar combinaciones simultáneas o por etapas de intervenciones psicológicas y médicas. Con demasiada frecuencia, los tratamientos farmacológicos se dirigen a un estrecho margen de la disfunción sexual específico y no dan respuesta a los problemas biopsicosociales. Las terapias médicas, son generalmente eficaces para ED, (50-90%), pero aproximadamente el 60% de los individuos suspende el tratamiento. Esto evidencia en parte una consecuencia de que se requiere tratar los problemas psicológicos e interpersonales asociados a la DS (Rosen, Fisher, Eardley, Niederberger, 2004). Se requeriría abordar otros problemas tomando en cuenta

los factores psicosociales, como el apoyo por ejemplo en caso de resistencia a la pareja, preocupaciones asociadas, la falta de confianza, la ansiedad de rendimiento, etc.(Althof, 2002, 2013).

Algunos de los factores biopsicosociales más relevantes, incluyen; las variables del paciente, tales como el rendimiento ansiedad y depresión; las variables asociadas, como el deterioro de la salud mental o física y el desinterés de la pareja; las variables no sexuales interpersonales tales como la calidad de la relación global; las variables sexuales interpersonales, tales como el intervalo de abstinencia y guiones sexuales; y variables contextuales tales como la vida actual de las tensiones con el poder, el dinero etc.

La disfunción sexual está directamente relacionada con una alteración la autoestima, la satisfacción sexual y la calidad de vida. Por lo tanto las disfunciones sexuales son un tema de salud relevante. Un tratamiento eficaz conduce a una mejora en ámbitos de la vida intrapersonales e interpersonales.

Habitualmente, las disfunciones sexuales femeninas han sido tratadas con intervenciones psicosociales, las disfunciones sexuales masculinas son a menudo tratadas con agentes farmacológicos y/o quirúrgicos. Por otro lado las dos últimas décadas se han caracterizado por un aumento de la medicalización de la sexualidad. Los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (IPDE5), utilizado primariamente en hombres que sufren de DE debido a problemas médicos, como la diabetes o la hipertensión, está siendo utilizados cada vez más en los hombres sin problemas orgánicos pesquisables, para mejorar su capacidad de erección o a modo recreacional. Algunos clínicos utilizan la farmacoterapia como primera línea terapéutica en hombres que sufren de disfunción eréctil debido a razones psicológicas, esto podría producir problemas más complejos a mediano y largo plazo como dependencia psicológica, actitudes evitativas y baja autoestima, por lo cual un apoyo psicoterapéutico sería fundamental.

En 2009, la dapoxetina fue aprobada en varios países europeos para hombres con eyaculación prematura, en varios estudios se demostró su capacidad de aumentar el tiempo de latencia eyaculatoria. Otros estudios, han sugerido que

una combinación de la farmacoterapia y psicoterapia, podría ser más eficaz las intervenciones psicosociales pueden mejorar los resultados positivos a largo plazo (McMahon et al 2011)

Existen otras disfunciones sexuales masculinas, tales como trastorno del deseo sexual hipoactivo (DSH) o anorgasmia, en los cuales el tratamiento farmacológico no está claramente establecido. En las disfunciones sexuales con factores de predominio psicológico, los enfoques psicosociales son útiles, incluso en hombres con predominio de factores orgánicos las intervenciones psicosociales son eficaces, mejorando la relación de pareja y el funcionamiento sexual en los hombres.

Las quejas sexuales femeninas, varían desde la falta o disminución del deseo/interés en la actividad sexual o dolor durante las actividades sexuales, estas a menudo se imbrican de manera compleja y variable. Además de los diagnósticos sexuales formales, muchas mujeres reportan insatisfacciones sexuales que no lo implican un deterioro físico real, sino más bien quejas relacionadas con la falta de placer, el disfrute, la satisfacción, y la pasión. Si bien estos motivos de consulta son habituales e importantes, para mejorar o inhibir la actividad sexual, no tienden a ser identificados como legítimos en la mayoría de los estudios de investigación. Sin embargo, a menudo es el caso que, al tener éxito en el tratamiento de estos parámetros afectivo/erótico/sexuales, estos producen un resultado final satisfactorio en la paciente y su pareja, quedando en segundo plano parámetros básicos de rendimiento sexual.

El consumo de medicamentos podría enmascarar las razones subyacentes de la disfunción sexual, clausurando un tratamiento más a largo plazo con intervenciones psicosociales. Los hombres que reciben un tratamiento farmacológico, sin apoyo psico-educativo de base, a menudo informan que el problema sexual se repite cuando se descontinúan el tratamiento médico. Por lo tanto, no han aprendido a manejar la disfunción.

Por otro lado los problemas metodológicos en terapia sexual, son complejos, pueden apreciarse que los estudios de resultados en esta área son notoriamente difíciles de diseñar, si se quiere que cumpla con los niveles de la medicina basada en evidencia, sino que también se requiere demostrar la complejidad de la vida sexual. Por ejemplo, es difícil diseñar un estudio de terapia sexual que incluya un grupo de control tipo placebo, lo habitual que se compare con lista de espera. Un enfoque mecanicista reduccionista, basado en la función genital, parece insuficiente no abarcando las variables más amplias del paciente y su pareja, como la satisfacción sexual y la calidad de vida. También hay un desacuerdo en cuanto a lo que constituye un buen resultado del tratamiento, incluso cuando se emplean criterios orientados a la función.

Los enfoques TCC son efectivos en el tratamiento de las DS, la biblioterapia es eficaz pero necesita al menos un contacto mínimo del terapeuta para garantizar el cumplimiento del tratamiento. Los tratamientos farmacológicos, higiénico -dietéticos, Kinésicos, ondas de choque de baja intensidad y la cirugía en casos refractarios han mostrado su eficiencia en muchos estudios clínicos.

Se ha de señalar que, si bien la mayoría de los estudios eligió una terapia sexual tradicional o un enfoque cognitivo-conductual, nuevos enfoques, como la terapia sexual sistémica o los enfoques psicoanalíticos más recientes en sus versiones relacionales, no han sido investigados ampliamente hasta el momento.

La investigación farmacológica promueve en cierta medida la terapia psicosocial. Muchos de los estudios en hombres con disfunción eréctil evalúan la medicación comparación con o sin una intervención psicosocial. Esto finalmente promueve el tratamiento combinado puede convertirse en una alternativa de atención más integral (Althof, 2006).

Metz y McCarthy (2008) desarrollaron el modelo " el Sexo lo suficientemente bueno "señalan que las disfunciones sexuales tienen que ser vistas desde una perspectiva psicobiosocial. Los autores incluyen aspectos cognitivos, emocionales, de comportamiento y relacionales: Para ellos podría ser mucho más útil y necesario centrarse de preferencia en la intimidad emocional y el placer sexual, no

tanto en el rendimiento sexual. La promoción de expectativas realistas sobre el sexo es un aspecto importante de este enfoque. Esto es relevante en el contexto de las crecientes expectativas contemporáneas de la búsqueda de un sexo perfecto y la creciente medicalización de la sexualidad.

Los avances en los tratamientos médicos y psicológicos en las disfunciones sexuales deben tener en cuenta las intrincadas influencias biopsicosociales del paciente y su pareja. En muchos casos, ni la intervención psicoterapéutica ni el tratamiento médico por sí solos son suficientes en la resolución duradera de los problemas sexuales. Por lo tanto hay una necesidad imperiosa de colaboración entre profesionales de diferentes disciplinas en la evaluación, tratamiento y educación que rodea la sexualidad y las disfunciones sexuales. Cada disciplina tiene algo que contribuir al cuidado del paciente. El MIM proporciona una visión holística de las terapias integradas en las disfunciones sexuales. El objetivo del tratamiento es la restauración del placer sexual y una función sexual satisfactoria. Un tratamiento integrado es la extensión lógica de un enfoque biopsicosocial, visibilizando los aspectos biológicos/médicos, así como los factores psicosociales relevantes que predisponen, precipitan y mantienen la disfunción sexual. El paradigma de tratamiento integrado desafía las prácticas tradicionales de terapia sexual, por un lado los factores psicosociales son identificados, reconocidos, tratados y simultáneamente la utilización de una variedad de tratamientos médicos eficaces para la disfunción sexual, este enfoque rápidamente desconfigura los aspectos sintomáticos iniciales y permite una rápida evolución de la terapia.

Se podría comenzar por una psicoeducación, que incluya información acerca de la función sexual, aclarado las expectativas de tratamiento. La psicoterapia anima a los pacientes a comprender el componente emocional de su condición, se le entregan habilidades para mejorar su comunicación, estrategias cognitivas, ayudándoles a fortalecer su compromiso con el proceso de cambio. La psicoterapia también promueve expectativas sexuales más realistas y positivas en

lugar de esperar una respuesta sexual automática y autónoma, los pacientes se vuelven más profundamente involucrados al beneficiarse del tratamiento integral. Finalmente como conclusión de este trabajo podríamos inferir que la combinación integral de intervenciones psicosociales, con un tratamiento médico; higiénico, dietético, kinésico y farmacológico ha demostrado ser más eficiente que una intervención unimodal, permitiendo una aproximación; comprensiva, diagnóstica y terapéutica integral. Estos resultados nos desafían a ir más allá de las posturas y los paradigmas tradicionales, mirar al paciente de manera más holística y adaptada a sus padecimientos y necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

- Abdo, C.H., Afif-Abdo, J., Otani, F., Machado, A.C. (2008). Sexual satisfaction among patients with erectile dysfunction treated with counselling, sildenafil, or both. *J Sex Med*, 5, 1720-1726.
- Abrahamson, D.J., Barlow, D.H., Sakheim, D.K., Beck, J.G. & Athanasiou, R. (1985). Effects of distraction on sexual responding in functional and dysfunctional men. *Behavior Therapy*, 16, 503-515.
- Adams, A.E. III, Haynes, S.N., Brayer, M.A. (1985). Cognitive distraction in female sexual arousal. *Psychophysiology*, 22, 689-696.
- Agmo, A. (2007). Functional and dysfunctional sexual behavior : a synthesis of neuroscience and comparative psychology. *Elsevier*
- Aleandri, V., Spina, V., Morini, A. (1996). The pineal gland and reproduction. *Hum. Reprod. Update*. 2, 3, 225-235.
- Alford, B. A. y Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Althof, S (2013). *Integrated and Combined Therapy. The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology*.
- Althof, S (2002). When an erection alone is not enough : Biopsychosocial obstacles to lovemaking. *Int J Impot Res*, 14 (suppl 1), S,99–104.
- Althof, S (2006). Sex therapy in the age of pharmacotherapy. *Annu Rev Sex Res*, XVII, 116–132.

Althof, S.E. (4a ed.). (2007). *Treatment of Rapid ejaculation*, Leiblum, S. *Principles and practice of sex therapy*. (8 pp.212-240). The Guilford Press. New York. London.

Althof, S.E., Leiblum, S.R., Chevret-Measson, M., Hartmann, U., Levine S.B., McCabe M. et al. (2005). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med.*, Nov 2, 6, 793-800.

Alzate, H (1997). *Sexualidad humana*. Editorial Temis, Bogotá.

American Psychiatric Association. (5a ed.). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder* Washington, DC.

Arratia, E. (sept. 2009). *Terapia sexual en pareja desde la perspectiva constructivista cognitivo*. Tesis para optar al Título de Sicólogo, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Assalian, P (2005). Guidelines for the pharmacotherapy of premature ejaculation *World J Urol*, 23, 127-129.

Audette, N (2005). *Atteindre l'extase grâce à l'approche sexocorporelle*. Québec: Les éditions logiques.

Baer, R (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125–143.

Balthazart, J. y Fabre-Nys, C. (2001). *Le comportement sexuel*. (pp. 611-637). Thibault, C., Levasseur, M.C. (Eds). La reproduction chez les mammifères et l'Homme • INRA Ellipse, 2, 27.

- Bancroft, J. y Janssen, E. (2000). The dual control model of male sexual response: a theoretical approach to centrally-mediated erectile dysfunction. *Neuroscience Biobehavioral Review*, 24, 571-579.
- Bancroft, J., Carnes, L., Janssen, E., Goodrich, D., Long, J. S. (2005). Erectile and ejaculatory problems in gay and heterosexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 285-297.
- Barajas S (2013). Evitación cognitivo-conductual, aceptación Psicológica y mindfulness en la Psicopatología de la ansiedad y la depresión, Tesis para optar al Título de Doctor en Psicología Universidad de castilla la mancha, Departamento de psicología, España.
- Barlow, D.H (1986). Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Barlow D.H (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York, The Guilford Press.
- Basson, R (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 51-65.
- Basson, R (2007). Sexual desire/arousal disorders in women. *En Leiblum, S. Principles and practice of sex therapy*, Ch. 2, New York, The Guildford Press.
- Beck, A.T (1996). Beyond belief: a theory of modes, personality, and psychopathology, en P. Salkovskis Ed. *Frontiers of Cognitive Therapy*, New York, The Guilford Press.

- Baker, C.D. y de Silva, P. (1988). The relationship between male sexual dysfunction and belief in Zilbergeld's myths: An empirical investigation. *Sexual and Marital Therapy*, 3, 229-238.
- Benjamin, H (1966). *The Transsexual Phenomenon*. New York, The Julian Press.
- Berner, M. y Gunzler, C. (2012). Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions-a systematic review of controlled clinical trials: part 1-the efficacy of psychosocial interventions for male sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, Dec, 9, 12, 3089-30107.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S.L., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, et al. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 3, 230-241.
- Bloemendaal, L.B. y Laan E.T. (2015). The psychometric properties of the Sexual Excitation/Sexual Inhibition Inventory for women (SESI-W) within a Dutch population. *JSexRes*, 52, 69-82.
- Brefczynski-Lewis, J., Lutz, A., Schaefer, H., Levinson, D., Davidson, R. (2007). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104, 27, 11483-11488.
- Bronfenbrenner, U. (2a. ed.) (1994). *Ecological models of human development en The International Encyclopedia of Education.*, (Vol.3, pp.1643-1647). Oxford: Elsevier.
- Brindley, G. (1983). Cavernosal alpha-blockade: A new technique for investigating and treating erectile impotence. *Br J Psychiatry*, 143, 332-337.

- Brotto, L. A., Erskine, Y., Carey, M., Ehlen, T., Finlayson, S., Heywood, et al. (2012). A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecologic oncology*, 125, 2, 320-325.
- Brown, S.G., Calibuso, M.J., Roedl, A.L. (2011). Women's sexuality, well-being, and the menstrual cycle: methodological issues and their interrelationships. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 4, 755-765.
- Cacciopo, S., Bianchi-Demicheli, F., Frum, C., Pfaus, J.G., Lewis, J.W. (2012). The common neural bases between sexual desire and love: a multilevel kernel density fMRI analysis. *J Sex Med*, 9, 1048-1054.
- Cahn, B., Polich, J. (2006). Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychological Bulletin*, 132, 2, 180-211.
- Carrobbles, J.A. y Sanz, A. (1991). *Terapia Sexual*. Madrid: Fundación Universidad – Empresa.
- Carvalho, J. y Nobre, P.J. (2010). Sexual desire in women: An integrative approach regarding psychological, medical, and relationship dimensions. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 1807-1815 .
- Castelo-Branco, C., de la Gándara, J. y Puigvert, A. (2005). *Respuesta sexual, en Sexualidad Humana: una aproximación integral* (pp. 21-31), eds. Ed Médica Panamericana, Buenos Aires.

- Castroviejo Royo, F (2010). *Función Sexual Femenina en Castilla y León: Rangos de Normalidad Valladolid*, Tesis para optar Título de Doctor en Medicina, Universidad de Valladolid, España.
- Clayton, A.H. (2003). *Sexual function and dysfunction in women. Psychiatr Clin North Am.*, Sep, 26, 3, 673-682.
- Cooke, B.M., Chowanadisai, W., Breedlove, S.M. (2000). Post-weaning social isolation of male rats reduces the volume of the medial amygdala and leads to deficits in adult sexual behavior. *Behavioural Brain Research*, 117, 1-2, 107-113.
- Cour, F., Droupy, S., Faix, A., Methorst, C., Giuliano, F. (2013). *Anatomie et physiologie de la sexualité*. Progrès en urologie, 23, 547-561.
- Craighead, L.W., McNamara, K., Horan, J.J. (1984). *Perspectives on self-help and bibliotherapy: you are what you read*. En Brown SD, Lent RW, editors (pp. 878-929). Handbook of counseling psychology, New York, Wiley.
- Cyranowski, J.M., Andersen, B.L. (1998). Schemas, sexuality and romantic attachment. *Journal of personality and social psychology*, 74, 136-1379.
- Chatton, D., Desjardins, J.Y., Desjardins, L., Tremblay. M. (2005). La Sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychothérapies* Vol. 25, 3 – 19.
- Chua, C.A. (1997). A proposal for a radical new sex therapy technique for the management of vasocongestive and orgasmic dysfunction in women: the AFE Zone Stimulation Technique. *J Sex Marital Ther*, 12, 357-370.

- Day, R. A. (2005). *Cómo escribir y publicar trabajos científicos* (3ª ed.). Washington, DC: Organización Panamericana de Salud.
- Derogatis, L., Komer, L., Katz, M., Moreau, M., Kimura, T., Garcia, M. et al. (2012). Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Premenopausal Women: Efficacy of Flibanserin in the VIOLET Study. *Journal Of Sexual Medicine*, 9, 1074-1085.
- Desjardins, J.Y. (1986). *L'approche Sexocorporelle, fondements théoriques et champs d'application*. *Psychothérapie No.1*, 51-58.
- Desjardins, J.Y. (1996). *Approches intégrative et sexocorporelle*, *Sexologies*, Vol. V 21, 43-48.
- Desmond, M (1971). (1972). *Intimate behavior* □ Londres, Paris, Grasset.
- Dicks, H (1967). *Marital Tensions. Clinical Studies Toward a Psychological Theory of Interaction*. New York, Basic Books.
- Dionne, F. y Neveu C. (2010). Introduction to the third generation of cognitive behavioral therapy. *Revue québécoise de psychologie*, 31, 3, 13-34.
- Du, J., Hull, E.M. (1999). Effects of testosterone on neuronal nitric oxide synthase and tyrosine hydroxylase, *Brain Research*, 836, 1-2, 90-98.
- Eichel, E.W., de Simone, J., Kule, S. (1988). The technique of coital alignment and its relation to female orgasmic response and simultaneous orgasm. *J Sex Marital Ther*, 14, 141.

Elliot, A.N., O'Donohue, W.T. (1997). The effects of anxiety and distraction on sexual arousal in a non clinical sample of heterosexual women. *Arch Sex Behav*, 26, 607-624.

Ellis, A. (1988). El ABC de la Terapia Racional Emotiva. *En Cognición y Psicoterapia*. Mahoney y Freeman. (Compiladores). Barcelona, España. Editorial Paidós Ibérica.

Farkas, G. M., Sine, L. F., and Evans, I. M. (1979). The effects of distraction, performance demand, stimulus explicitness and personality on objective and subjective measures of male sexual arousal. *Behav. Res. Ther.* 17: 25–32.

Forsyth, J.P., Lejuez, C.W., Hawkins, R.P., Eifert, G.H. (1996). Cognitive vs. contextual causation: Different world views but perhaps not irreconcilable. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 369-376.

Frohlich, P.F., Meston, C.M. (2000). Evidence that serotonin affects female sexual functioning via peripheral mechanisms. *Physiol Behav*, 71,383-393.

Foucault, M (1999). *Les anormaux: Cours au Collège de France 1974-75*, Paris, ed. Seuil.

Foucault, M (2001).(1969). *Médecins, juges et sorciers au XVIIe siècle, en Foucault M., Dits et écrits I, 1954-1975* (pp. 781-794), Paris, Gallimard, coll. Quarto.

Frühauf, S., Gerger, H., Schmidt, H.M., Munder, T., Barth, J. (2013). Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Arch Sex Behav*, 42, 915-933.

Freud, S (1995), La morale sexuelle « civilisée » et la maladie nerveuse des temps modernes, en Freud S., La vie sexuelle (pp. 28-46), Paris, PUF.

Géonet, M., De Sutter, P., Zech, E. (2013). Les facteurs cognitifs dans le désir sexuel hypoactif féminin. *Sexologies*, 22, 10—18

Géonet, M., Zech, E., De Sutter, P. (2011). *Quand la sexologie surfe sur la troisième vague : intégration d'exercices de pleine conscience dans la prise en charge du désir sexuel hypoactive féminine*, en Kotsou, I., Heeren, A. *Pleine Conscience et Acceptation*, De Boeck : Bruxelles 109-140.

Giami, A (1998). Médicalisation de la sexualité. Aspects sociologiques et historiques, *Andrologie*, 8, 4, 383-390.

Giraldi, A. y Levin, R.J. (2006). *Vascular physiology of female sexual function*, en Goldstein I, Meston C, Davis S, Traish A, editors. *Women's sexual function and dysfunction: study, diagnosis and treatment (pp.17-80)*. London: Taylor & Francis.

Gruendel, A.D. y Arnold, W.J. (1969). Effects of early social deprivation on reproductive behavior of male rats, *J. Comp Physiol Psychol.*, 67, 1, 123-128.

Grossman, P. Niemann, L., Schmidt, S., Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 1, 35-43.

Giuliano, F. (2011). Neurophysiology of erection and ejaculation. *J Sex Med*, 8, 310-315.

- Guidano, V. (1997). *Un enfoque Constructivista de los procesos del conocimiento humano, en Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas. Teoría Investigación y Práctica*. Mahoney (Compilador). España. Editorial Biblioteca de Psicología. Desclée de Bouver.
- Guilhot, M.A. y Letuve, A. (1988). *Terapia sexual de Grupo*. Ed. Pax, México, D.F.
- Hard, E. y Larsson, K. (1971). Climbing behavior patterns in prepubertal rats. Effects of hormones, rearing conditions, and sensory cues. *Brain, Behavior and Evolution*, 4, 2, 151-161.
- Hartmann, U. (2009). *Sigmund Freud and his impact on our understanding of male sexual dysfunction*. *J Sex Med*, 6, 2332-2339.
- Havlicek, J., Murray, A.K., Saxton, T.K., Roberts, S.C. (2010). Current issues in the study of androstenes in human chemosignaling. *Vitam. Horm.*, 83, 47-81.
- Hawton, K. (1989). *Sex therapy: a practical guide*. Oxford UK, Oxford University Press.
- Hawton, K. (1985). *Sex therapy: a practical guide*. Oxford UK, Oxford University Press.
- Hayes, S.C. (1993). *Analytic goals and the varieties of scientific contextualism, en S.C. Hayes, L.J. Hayes, H.W. Reese, & T.R. Sarbin (Eds), Varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.

- Heiman, J.R., LoPiccolo, J. (1988). *Becoming orgasmic: A sexual and personal growth program for women*. New York, NY: Prentice-Hall.
- Henderson, A.W., Lehavot, K., Simoni, J.M. (2009). Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 50-65.
- Hurlbert, D.F., Apt, C. (1995). The coital alignment technique and directed masturbation: a comparative study on female orgasm. *J Sex Marital Ther*, 21, 21-29.
- Ishak, W.W., Bokarius, A., Jeffrey, J.K., et al (2010). Disorders of orgasm in women: a literature review of etiology and current treatments. *J Sex Med*, 7, 3254-3268.
- Janssen, E., Vorst, H., Finn, P., Bancroft, J. (2002). The Sexual Inhibition (SIS) and Sexual Excitation (SES) Scales: II. Predicting psychophysiological response patterns. *Journal of Sex Research*, 39, 127-132.
- Kaplan, H (1974). *The New Sex Therapy* (New York, Brunner/Mazel).
- Kaplan, HS (1979). *Disorders of sexual desire*. New York: Brunner/Mazel.
- Kashdan, T.B., Barrios, V., Forsyth, J.P., Steger, M.F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301-1320.

- Kegel, A.H. (1952). Sexual functions of the pubococcygeus muscle 1. *West J Surg Obstet Gynecol*; 60, 521-524.
- Keller, M.B., McCullough, J.P., Klein, D.N., Arnow, B., Dunner, D., Gelenberg, A., et al (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med*, 342, 1462-1470.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E., (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*, Philadelphia, Saunders.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E., Gebhard, P.H. (1953). *Sexual behaviour in the human female*. Bloomington : Indiana University Press.
- Komisaruk, B.R., Wise, N., Frangos, E., Liu, W.C., Allen, K., Brody, S. (2011). Women's clitoris, vagina and cervix mapped on the sensory cortex: fMRI evidence. *J Sex Med*, 8, 2822–2830.
- Komisaruk, B.R., Whipple, B., Crawford, A., Grimes, S., Liu, W.C., Kalnin, A, et al (2004). Brain activation during vaginocervical selfstimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerve. *Brain Res*, 1024, 77-88.
- Kuffel, S.W.y Heiman, J. (2006). Effects of depressive symptoms and experimentally adopted schemas on sexual arousal and affect in sexually healthy women. *Arch Sex Behav*, 35, 160-174.
- Kunhe, Walter. (2004). Artículo “Integración del Modelo Psicoterapéutico Cognitivo”. *Babel, Revista de Psicología de la Universidad Bolivariana*, N° 1-2.

- Lawrance, K., y Byers, E.S. (1992). Development of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction in long term relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 1, 123-28.
- Lawrance, K., y Byers, E.S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Personal Relationships*, 2, 267-285.
- Levin, R.J. (2008). Critically revising aspects of the human sexual response cycle of Masters and Johnson: Correcting errors and suggesting modifications. [Sexual and Relationship Therapy](#), 23, 4, 393-399.
- Lykins, A.D., Janssen, E., Newhouse, S., [Heiman](#), J.R., Eshkol, R., (2012). The effects of similarity in sexual excitation, inhibition, and mood on sexual arousal problems and sexual satisfaction in newlywed couples. *J Sex Med*, 9, 1360-1366.
- Loos, V.E., Bridges, C.F., Critelli, J.W. (1987). Weiner's attribution theory and female orgasmic consistency. *J Sex Res*, 23, 348-361.
- Lopiccolo, J. y Friedman, J. (1988). *Broad spectrum treatment of low sexual desire: integration of cognitive, behavioural and systemic therapy*, en: *Leiblum S, Rosen R, editors. Sexual desire disorder (pp.107-144)*. New-York: Guilford Press.
- Lopiccolo, J. y Lobitz, W.C. (1972). The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Arch Sex Behav*, 2, 163-171.
- Mahoney, M. (1997). *Psicoterapias Cognitivas y Constructivismo*. Barcelona. España. Editorial Desclée de Brouwer.

- Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1966). *Human sexual response*. Little Brown, USA.
- Masters, W. y Johnson, V. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Toronto: Bantam Books.
- Marrs, RW (1995). A meta-analysis of bibliotherapy studies. *Am J Community Psychol*, 23, 843-870.
- Meston, C.M., Frohlich, P.F. (2000). The neurobiology of sexual function. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 1012-1030.
- McCabe, C., Rolls, E.T., Bilderbeck, A., McGlone, F. (2008). Cognitive influences on the affective representation of touch and the sight of touch in the human brain. *Soc. Cogn Affect. Neurosci.*, 3,2, 97-108.
- McCabe, M., Sharlip, I., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A., Laumann, E. et al (2016). Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015 *J Sex Med*, 13, 135-143.
- McCabe M. Childhood, (1994) Adolescent and current psychological factors associated with sexual dysfunction. *Sexual and Marital Therapy*. 9. , 267-276.
- McCarthy, B. y Metz M. (2008). The 'Good-Enough Sex' model: a case illustration. *Sexual and Relationship. Therapy*, 23, 227-234.

- McMahon, C.G., Althof, S.E., Kaufman, J.M., Buvat, J., Levine, S.B., Aquilina, J.W. et al (2011). Efficacy and safety of dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: integrated analysis of results from five phase 3 trials. *Journal of Sexual Medicine*, Feb 8,2, 524-39.
- Michels, D. (2013). *Soigner sa sexualité. Expérience des difficultés sexuelles et recours à la sexologie. Anthropologie sociale et ethnologie*. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS)
- Metz, M. y McCarthy, B. (2007). The Good-Enough Sex model for couple satisfaction. *Sexual and Relationship Therapy*, 22, 351-362.
- Mezzich, J. y Serrano, R. (2006). *Psychiatry and Sexual health: An integrative Approach*, World Psychiatric Association. Lanham, Maryland: Jason Aron
- Mitchell, W.B., DiBartolo, P.M., Brown, T.A., Barlow, D.H. (1998). Effects of positive and negative mood on sexual arousal in sexually functional males. *Archives of Sexual Behavior*, 27, 197-207.
- Michetti, P.M., Rossi, R., Bonanno, D., De Dominicis, C., Lori, F., Simonelli, C. (2007). Dysregulation of emotions and premature ejaculation (PE): Alexithymia in 100 outpatients. *The Journal of Sexual Medicine*, 4, 5, 1462-1467.
- Mirabel-Sarron, C. y Philippot, P. (2015). Les nouvelles approches en thérapies émotionnelles. In Quintilla, Y & Pelissolo, A. (Eds.). *Thérapeutique en Psychiatrie : Théories et applications cliniques*. Paris : Masson Elsevier.

- Mitchell, W.B., DiBartolo, P.M., Brown, T.A., Barlow, D.H. (1998). Effects of positive and negative mood on sexual arousal in sexually functional males. *Archives of Sexual Behavior*, 27, 197-207.
- Moncho-Bogani, J., Lanuza, E., Hernandez, A., Novejarque, A., Martinez-Garcia, F. (2002). Attractive properties of sexual pheromones in mice: innate or learned?, *Physiology & Behavior*, 77,1, 167-176.
- Moncho-Bogani, J., Martinez-Garcia, F., Novejarque, A., Lanuza, E.(2005). Attraction to sexual pheromones and associated odorants in female mice involves activation of the reward system and basolateral amygdala, *Eur. J. Neurosci.*, 21,8, 2186-2198.
- Montorsi, F., Adaikan, G., Becher, E., Giuliano, F., Khoury, S., Lue, T.F et al (2010). M. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med*, 7, 3572–3588.
- Morris, D. *Intimate behavior*, Londres, 1971 y Paris, Grasset, 1972.
- Nappi, R., Salonia, A., Traish, A.M., Van Lunsen, R.H., Vardi, Y., Kodiglu, A, et al. (2005). Clinical biologic pathophysiologies of women’s sexual dysfunction. *J Sex Med*, 2, 4-25.
- Nobre, P.J. y Pinto-Gouveia, J. (2008). Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional males and females. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 32, 37-49.
- Nobre, P.J. y Pinto-Gouveia, J. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*, 43, 68-75.

- Nobre, P.J., y Pinto-Gouveia, J. (2009). Cognitive schemas associated with negative sexual events: A comparison of men and women with and without sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 842-851.
- Novoa-Gomez, M. (2014). *Ajuste diádico, sexualidad y síndrome metabólico un análisis comparativo*. Tesis para optar al grado de Doctora en Psicología, Universitat de Valencia, España.
- Oberg, K. y Fugl-Meyer, K.S. (2005). On Swedish women's distressing sexual dysfunctions: some concomitant conditions and life satisfaction. *J Sex Med*, 2,169-180.
- O'Carroll, R. y Bancroft, J. (1984). Testosterone therapy for low sexual interest and erectile dysfunction in men: a controlled study. *Br J Psychiatry*, 145146-145151.
- Olausson, H., Wessberg, J., Morrison, I., McGlone F., Vallbo, A. (2008). «The neurophysiology of unmyelinated tactile afferents », *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, ??
- Olausson, H., Wessberg, J., Morrison, I., McGlone, F., Vallbo, A. (2010). The neurophysiology of unmyelinated tactile afferents. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34, 2, 185-191.
- Olausson, H., Lamarre, Y., Backlund, H., Morin, C., Wallin, B.G., Starck, G. et al (2002). «Unmyelinated tactile afferents signal touch and project to insular cortex », *Nature Neuroscience*, 5, 9, 900-904.
- Olausson, H., Wessberg, J., Morrison, I., McGlone, F., Vallbo, A. (2010). The neurophysiology of unmyelinated tactile afferents. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34, 2, 185-191.

- Palma, I. (2006). *Sociedad Chilena en Cambio, Sexualidades en transformación*. Tesis para optar al grado de Doctora en Psicología, Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Perelman, M. (2009). The sexual Tipping Point: a mind/body model for sexual medicine. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 629-632.
- Pfaus, J.G., Kippin, T.E., Coria-Avila, G.A., Gelez, H., Afonso, V.M., Ismail, N., Parada, M. (2012). Who, what, where, when (and maybe even why)? How the experience of sexual reward connects sexual desire, preference, and performance. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 1, 31-62.
- Pfaus, J.G. y Frank, A. (1996). Beach award. Homologies of animal and human sexual behaviors. *Horm Behav*, 30, 187-200.
- Phelps, J.S., Jain, A., Monga, M. (2004). The PsychoedPlusMed approach to erectile dysfunction treatment: the impact of combining a psychoeducational intervention with sildenafil. *Journal of Sex and Marital Therapy*, Oct-Dec, 30, 5, 305-314.
- Pinney, E., Gerrard, M., Denney, N. (1987). The piney sexual satisfactio inventory. *J Sex Res*, 23, 233-251.
- Piola, G. (1994). *Enfoques terapéuticos en disfunciones sexuales masculinas y femeninas*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

- Quinta-Gomes, A. y Nobre, P.J. (2011). Personality traits and psychopathology on male sexual dysfunction: An empirical study. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 461-469.
- Ramnerö, J., y Törneke, N. (2008). *ABCs of human behavior: Behavioral principles for the practicing clinician*. Oakland, CA: New Harbinger & Reno, NV: Context Press.
- Ravart, M., Trudel, G., Marchand, A., Turgeon, L., Aubin, S. (1996). The efficacy of a cognitive behavioural treatment model for HSDD: an outcome study. *The Canadian journal of human sexuality*, 5,4, 279-293.
- Reich, W. (1952). *La fonction de l'orgasme*. Paris, L'Arche Editeur.
- Riley, A.J. y Riley, E.J. (1978). A controlled study to evaluate directed masturbation in the management of primary orgasmic failure in women. *Br Psychiatry*, 133, 404-409.
- Roberts, S.A., Simpson, D.M., Armstrong, S.D., Davidson, A.J., Robertson, D.H., McLean, L et al (2010). Darcin: a male pheromone that stimulates female memory and sexual attraction to an individual male's odour. *BMC. Biol.*, 8, 1, 75.
- Rosen, R., Porst, H., Montorsi, E. (2004). The premature ejaculation prevalence and attitudes (PEPA) survey: A multinational survey Abstract. *Journal of Sexual Medicine*, 1 Sup 1, 57.
- Rosen, R.C., Fisher, W.A., [Eardley, I.](#), [Niederberger, C.](#), [Nadel, A.](#), Sand, M. (2004). The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study: I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. [Curr Med Res Opin.](#), May, 20, 5, 607-617.

- Safran, J. y Segal, Z. (1994). *El Proceso Interpersonal en la Terapia Cognitiva*. Barcelona, España. Editorial Paidós.
- Salas, M. (2006). *Eyacuación prematura: Teorías y criterios diagnósticos con especial énfasis en el enfoque sistémico*. Tesis para optar al Título de Magister en psicología, Universidad Adolfo Ibañez, Santiago, Chile.
- Salonia, A., Giraldo, A., Chivers, M., Georgiadis, J., Levine, R., Maravilla, K., et al (2010). Physiology of women's sexual function: basic knowledge and new findings. *J Sex Med*, 7, 2637-2660.
- Sanchez-Fuentes, M., Santos-Iglesias, P. y Sierra, J. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 67-75.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression : A new approach to preventing relapse*. New-York: Guilford Press.
- Sbrocco, T. y Barlow, D.H. (1996). *Conceptualizing the cognitive component of sexual arousal: implications for sexuality research and treatment*, en: Salkovskis PM (pp. 419-449), editor. *Frontiers of cognitive therapy*, New-York: Guilford Press.
- Schober, J., Weil, Z., Pfaff, D. (2011). How generalized CNS arousal strengthens sexual arousal (and vice versa). *Hormones and Behavior*, 59, 5, 689-695.
- Semans, J.H. (1956) Premature ejaculation: a new approach. *South Med J*, 49, 353-357.

- Sherwin, B.B. (2002). Estrogen and cognitive aging in women. *Trends Pharmacol Sci*, 23, 527-534.
- Shigaki, C., Glass, B., Schopp, L. (2006). Mindfulness-based stress reduction in medical settings. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13,3, 209-216.
- Soares, C. y Nobre, P.J. (2013). *Sexual problems and psychotherapy in Portugal (pp.279–306)*, en Hall K. Graham C. editors. The cultural context of sexual pleasure and problems: Psychotherapy with diverse clients. New York, NY, and Hove, England: Routledge.
- Sotile, W.M. y Kilmann, P.R. (1977). Treatments of psychogenic female sexual dysfunctions. *Psychol Bull*, 84, 633.
- Stahl, S.M. (2000). *Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications, Second Edition*. New York: Cambridge University Press.
- Stowers, L., Holy, T.E., Meister, M., Dulac, C., Koentges, G. (2002). Loss of sex discrimination and male-male aggression in mice deficient for TRP2, *Science*, 295, 5559, 1493-1500.
- Trezza, V., Damsteegt, R., Achterberg, E.J., Vanderschuren, L.J. (2011). Nucleus accumbens μ -opioid receptors mediate social reward. *J Neurosci.*, Apr, 27, 31, 17, 6362-6370.
- Trudel, G. (2003). *Les dysfonctions sexuelles. Evaluation et traitement par des méthodes psychologiques interpersonnelle et biologique*. Ste-Foy (Québec), Presses de l'Université du Québec.

- Van Lankveld, J.D. y Van den Hout, M. (2004). Increasing neutral distraction inhibits genital but not subjective sexual arousal of sexually functional and dysfunctional men. *Arch Sex Behav*, 33, 549-558.
- Van Rooij, K., Poels, S., Bloemers, J., Goldstein, I., Gerritsen, J., Van Ham, D, et al (2013). Toward Personalized Sexual Medicine (Part 3): Testosterone Combined with a Serotonin1A Receptor Agonist Increases Sexual Satisfaction in Women with HSDD and FSAD, and Dysfunctional Activation of Sexual Inhibitory Mechanisms. *Journal of Sexual Medicine*, 10, 824-837.
- Villegas, M. y Mallor P. (2010). Consideraciones sobre la terapia: a propósito de un caso, *Revista de Psicoterapia*, vol XXI, 81, 37-106.
- Virag, R. (1982). Intracavernous injection of papaverine for erectile failure. *Lancet*, 23, 938.
- Wessberg, J., Olausson, H., Fernstrom, K.W., Vallbo, A.B. (2003). «Receptive field properties of unmyelinated tactile afferents in the human skin », [*J. Neurophysiol.*](#), 89, 3, 1567-1575.
- Whipple, B. y Brash-McGreer, K.B. (1997). *Management of female sexual dysfunction (pp.509-534)*, en Sipski ML, Alexander CJ, editors. *Sexual function in people with disability and chronic illness: A health professional's guide*. Gaithersburg: Aspen Publishers.
- Whitehead, A., Mathews, A., Ramage, M. (1987). The treatment of sexually unresponsive women: a comparative evaluation. *Behav Res Ther* 25, 195-205.
- Wisard, M. y Audette N. (2008). Ejaculation précoce : traitement médicamenteux ou approche sexologique ? *Rev Med Suisse*, 4, 780-784.

- Wilson, K.G. y Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso: un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Winkelman, R.K. (1959). The erogenous zones: their nerve supply and its significance, *Mayo Clin. Proc.*, 34, 2, 39-47.
- World Health Organization. (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems*. 10th ed. Geneva: World Health Organization.
- Wunsch, S. (2007). Tesis para optar al Título de doctor en neurociencias *Sur le comportement sexuel*. París. Sorbonne (en francés). .
- Wunsch, S. (2010 updated 2013). Evolution from mammals' heterosexual reproductive behavior to human erotic bisexuality, *Journal of bisexuality*, 10, 3, 268-293.
- Yáñez, J., Gaete, P., Harcha, T., Kühne, W., Leiva, V. & Vergara, P. (2001). Hacia una Metateoría Constructivista Cognitiva de la Psicoterapia. *Revista de Psicología*, Vol. X, 1, 97-110.
- Yáñez Montecinos, J. (2005). *Constructivismo Cognitivo: bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. Tesis doctoral publicada, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Yáñez Montecinos, J. (2002). *Asertividad Generativa: Una teoría cognitiva acerca de las relaciones interpersonales*. Apunte de docencia, uso restringido, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Yáñez Montecinos, J. (2000). *Psicoterapia Cognitiva Sexual: reconstrucción del deseo erótico*. Apunte de docencia, uso restringido, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Zilbergeld, G. (1992). *The New Male Sexuality* (New York, Bantam Book).

Zilbergeld, B. (1999) *The new male sexuality*. New York, NY: Bantam Book.