

Problemas sexuales

Ps. Boris Araos San Martín

Las disfunciones sexuales

Las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales (DSM IV, APA, 1995).

Causas interrelacionadas que explican las disfunciones sexuales

- **Historia de aprendizaje:** experiencias de la niñez y adolescencia (abuso sexual), actitudes y conductas negativas de los progenitores y otros significativos hacia la sexualidad, modelos o fuentes de información deficitarias, restrictivas o inadecuadas
- **Factores físicos:** enfermedades físicas y uso de drogas o medicamentos
- **Factores de relación:** papel del síntoma en la relación global de pareja, el síntoma puede tener un propósito útil
- **Factores cognitivos:** conocimiento insuficiente o errado de la sexualidad, actitudes, creencias y pensamientos distorsionados de la disfunción o de la sexualidad: “tengo que hacerlo muy bien, es terrible si fallo” (ansiedad de desempeño), “si fallo no soy un hombre/mujer de verdad” (dramatización de la situación problema), “me fue mal, nunca lo lograré” (sobregeneralización), “no me ha dicho que le gustó, entonces no le gustó” (inferencia arbitraria), “solo con un amante se pasa bien, con el cónyuge es casi incesto”

Evaluación clínica

Descripción del problema:

Factores orgánicos

Presencia de trastorno psicopatológico asociado

Nivel de motivación y compromiso del paciente y de su pareja con la terapia

Historia sexual

Infancia:

- infancia y medio familiar
- formación religiosa
- actitud de adultos y otros significativos respecto al sexo
- experiencias sexuales tempranas

Pubertad y adolescencia :

- educación e información sexual
- primeras experiencias sexuales: sueños, fantasías, masturbación, orgasmo, experiencias sexuales con sexo opuesto o propio

Relaciones sexuales con su actual pareja:

- primeras experiencias sexuales
- experiencias posteriores

Conducta sexual actual:

- actitudes y creencias respecto al sexo
- actividad sexual distinta al coito
- posibles relaciones extramaritales

- comunicación sexual entre la pareja
- estilo de vida de cada miembro

Problema sexual

- descripción del problema: situación, estado emocional, pensamientos, conducta, respuesta fisiológica, consecuencias
- aparición y curso del problema
- atribución sobre el origen y mantenimiento del problema
- intentos de solución
- expectativas y metas del tratamiento

Técnicas básicas de intervención con hipnosis y terapia cognitiva

- Responsabilidad mutua compartida por ambos miembros de la pareja
- Información y educación sexual
- Hipnosis de cambio de actitudes negativas hacia el sexo, si mismo y el compañero/a
- Entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación
- Hipnosis de alivio de la ansiedad ante la relación sexual
- Indicaciones o entrenamiento en habilidades sexuales específicas
- Tratamiento previo si existe algún trastorno psicopatológico o una relación de pareja perturbada
- Tratamiento de trastornos somáticos asociados

1. Disfunción eréctil

Inadecuado bombeo de sangre a los cuerpos cavernosos o un fallo del sistema de retención temporal de la misma.

Múltiples factores pueden alterar el proceso de erección: fatiga, consumo alcohol o drogas, consumo de fármacos psicotrópicos u otros, ansiedad

Puede bloquear la erección: ansiedad ante la situación de interacción sexual, autoobservación durante la interacción, pensamientos obsesivos, excesiva preocupación respecto a su pareja, miedo a no lograr una erección adecuada, preocupación exagerada respecto al rendimiento sexual, no centrarse en disfrutar la situación

Tratamiento

Objetivos terapéuticos

- Reducir la ansiedad de desempeño, recuperar la confianza en sí mismo para establecer relaciones sexuales satisfactorias
- Recuperar los niveles de deseo sexual normal y resolver los problemas de erección

Tiempo estimado de tratamiento: app. 10 sesiones

Técnicas y estrategias de intervención

- **Autorregistro**

Día, hora, experiencia concreta, sensaciones físicas, sentimientos, pensamientos asociados (“no voy a funcionar”)

- Tarea 1: **focalización sensorial 1** autoaplicada y en colaboración con la pareja, sin

estimulación genital

- **Entrenamiento en relajación psicofísica** (Amutio, 2000)
- **Reestructuración cognitiva:** con hipnosis para superar el miedo a no funcionar
- Tarea 2: **focalización sensorial 2**, incluyendo genitales, sin buscar excitación directa u orgasmo, incluyendo fantasías sexuales durante el ejercicio
- **Desensibilización sistemática con hipnosis** sobre su miedo a no funcionar, con una jerarquía de 5 ítems (Auerbach, 1977)
- **Imaginería guiada con hipnosis**, de contenido sexual: en trance, la persona se imagina que conoce a alguien en un lugar, se le estimula a percibir sensaciones de deseo que el encuentro produce, y que el encuentro finaliza con una relación sexual completa con éxito.
- **Hipnosis metáfora roble majestuoso:** en trance, el paciente se concentra en un roble majestuoso, en su grandeza, belleza y en todos los detalles que se sugieren: tupido, frondoso, pájaros cantando entre sus ramas, raíces fuertes y profundas “tu eres como ese roble majestuoso... te has hecho más fuerte por los problemas... lleno de energía y salud, incluso eres mucho más que este roble, ya que puedes pensar..., puedes moverte, tomar decisiones... puedes amar y ser amado... siente tu poder, tu fuerza, tus habilidades, tu capacidad, muéstrate agradecido por ti mismo... eres tú ... lleno de energía...ahora descansa profundamente... y contempla tu fuerza.” Luego metafóricamente se asocia la majestuosidad del árbol con su erección a llevar a cabo una actividad sexual. Luego se sugiere visualizar un encuentro sexual en un lugar altamente excitante para la persona.

No ir muy rápido, no obsesionarse por lo lento de los avances, la recuperación llevará un tiempo, el preocuparse mucho interfiere en la recuperación, mejor restar importancia al problema

- **Hipnosis de energización:** después de la inducción, imaginar bolitas o cápsulas de energía, que proceden de la base del cerebro (hipotálamo) y que se distribuye uniformemente a todo el cuerpo a través del torrente sanguíneo, energizándolo y activándolo y llenándolo de vida, visualizarse como se carga con “electricidad orgánica” por todos los poros, especialmente sus genitales, que perciba las sensaciones sensuales que ello le produce y la excitación consiguiente. Esta energización lo llena de vida, es muy placentera y sensual y recorre todo su organismo. Animar a dar rienda suelta a esa excitación, imaginando una actividad sexual. Se graba
- Indicaciones: escuchar la cinta diariamente, reservar la actividad sexual exclusivamente para cuando realmente quiera hacerlo, puede ayudar material erótico, evitar encuentro sexual si no hay excitación suficiente
- **Entrenamiento en autoinstrucciones** para el afrontamiento de la ansiedad o para manejar un episodio de disfunción situacional
- **Psicoeducación:** El rol de la fantasía en el sexo. El rol de la rutina sexual en la pareja. Cada encuentro sexual es diferente. El grado de excitación y satisfacción depende también de las circunstancias

- **Prevención de recaídas:** posibilidad de alguna recaída, una disfunción puntual no representa una patología. Así como el problema se manifestó de manera progresiva, su resolución se producirá de la misma manera, mejorando día tras día
- **Regresión al origen del problema**

2. Eyaculación precoz

Causas biológicas: es más probable si una persona tenía un control adecuado y empieza a perderlo. Puede ser por efecto de un fármaco, diabetes, esclerosis múltiple, trastorno urológico como uretritis o el paso previo a la impotencia

Causas psicológicas: Ocurre en la mayoría de los casos. Causa inmediata es la falta de interpretación adecuada de las sensaciones de los genitales cuando se está muy excitado y a punto del orgasmo. Causas más profundas: mensajes antisexuales en la infancia (culpa, vergüenza ante el placer), ambiente familiar problemático (padres que descargan su depresión o ansiedad en sus hijos, seducción o competitividad inapropiadas con los hijos, concepción distorsionada del sexo, el amor y el matrimonio), pareja muy exigente, etc.

Tratamiento

La introspección no cura la eyaculación precoz, tampoco los fármacos. Tampoco es necesario profundizar mucho en el pasado del paciente para curar sus síntomas. Es útil explorar sólo hasta un cierto punto estos acontecimientos tempranos, lo necesario para poder proseguir la terapia.

Es básico adquirir la percepción detallada de las sensaciones sexuales y lograr así el control.

Es necesario quitar el énfasis en la evaluación de la ejecución del acto sexual, sustituyendo este objetivo por el darse placer mutuamente.

Se busca experimentar la excitación sexual, sin que ocurra la eyaculación

Métodos: hay dos métodos principales y efectivos

- **Presión:** (Masters y Jonson, 1970) enseña a focalizar la atención en las sensaciones del pene y cuando esté a punto de eyacular, su pareja debe apretar fuerte para perder parcialmente la erección

- **Parada y repetición:** (Semans) la persona interrumpe la estimulación que su pareja ejerce sobre su pene justo antes de alcanzar el orgasmo

Pasos en solitario, y luego con la pareja:

1. Concentrarse en las sensaciones genitales
2. Estimulación del pene por parada, arranque
3. Estimulación húmeda del pene por parada arranque

3. Deseo sexual inhibido

El tratamiento suele ser preferentemente cognitivo

- Se busca la base cognitiva del problema, como por ejemplo, cogniciones asociadas a malestar emocional y búsqueda de alternativas

- Focalización sensorial 1 y 2 sola y después con la pareja
- Masturbación
- Regresión al origen del problema

Para solicitar hora de consulta, teléfono 2 610 5605 (Santiago, Chile)

Bibliografía

- America Psychiatric Association (1995). Diagnostic and statical manual of mental disorders, 4ª edición. Washington: APA
- Amutio, A. (2000). Componentes cognitivos y emocionales de la relajación: una nueva perspectiva. *Análisis y Modificación de Conducta*, 109, 647-671
- Auerbach, R. y Kilmann, P.R. (1977). The effects of group systematic desensitización on secondary erectile failure, *Behavior therapy*, 8, 330-339
- Erickson M. (1980). Hypnotic Investigation of Psychonyamic Processes. The collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis. Vol III. Ed Ernest L. Rossi
- Erickson, M. (1980) In E. Rossi, ed., The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis, Vol III: Hypnotic alteration of sensory perceptual, and psychophysiological processes. New York: Irvington
- Gibson, H.B. y Heap, M. (1991). Hypnosis in therapy. London: LEA
- Havens, R. y Walters, C. (1989) Hypnotherapy scripts: A neo- Ericksonian approach to persuasive healing. New York: Brunner/ Mazel
- Hawkins P.J. (1998). Introducción a la Hipnosis Clínica. Una perspectiva humanista. Promolibro. Valencia
- Heller, S. (1987) Monster and magical sticks. Phoenix, Ariz.: Falcon Press
- Kirsch I., Montgomery G. y Sapirstein G. (1995). Hypnosis as a adjunct to cognitive behavioral psythotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-220
- Kroger W.S. (1963). Clinical and Experimental Hipnosis. Philadelphia: J.B. Lippincott. Ed. Glem.
- Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadecuacy*. Boston: Little Brown (Versión española: Intermédica, Madrid, 1976).

Copyright ©2015, por Boris Araos San Martín