

121



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA

DISPAREUNIA FEMENINA DESDE EL
PUNTO DE VISTA SISTEMICO

T E S I N A

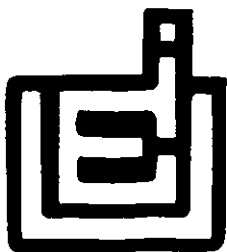
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MARIA DEL CARMEN RUIZ DE CHAVEZ SOMOZA

ASESORES: LIC. CARMEN SUSANA GONZALEZ MONTOYA
LIC. AMADO RAUL RODRIGUEZ TOVAR
LIC. ESTELA FLORES ORTIZ



LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEXICO

2000

284679



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



A la memoria de mis padres.

A Chita con mucho cariño, que tanto ha esperado este momento.

A mis hijas Diana y Mony con todo mi amor.

A mis hermanos.

Carmen.

AGRADECIMIENTOS.

Quiero expresar mi agradecimiento a todos mis asesores, en especial a la Lic. Carmen Susana González Montoya por su paciencia, apoyo y dirección en la elaboración de este trabajo.

A Paty López Amador, por su amistad y gran colaboración.

INDICE

PAGINA

TITULO.- DISPAREUNIA FEMENINA DESDE EL PUNTO DE VISTA SISTEMICO

RESUMEN

INTRODUCCION

CAPITULO 1.- RELACION DE PAREJA

1.1. DEFINICION DE RELACION DE PAREJA **1**

1.2. CONFLICTO **6**

CAPITULO 2.- DISFUNCIONES SEXUALES

2.1. DISFUNCIONES DE LA FASE DE DESEO **15**

2.2. DISFUNCIONES DE LA FASE DE EXCITACION **17**
(FASE VASOMOTORA)

2.3. DISFUNCIONES DE LA FASE ORGASMICA (MIOCLONICA) **18**

2.4. OTRAS DISFUNCIONES **22**

CAPITULO 3.- DISPAREUNIA FEMENINA

3.1. ETIOLOGIA DE LA DISPAREUNIA **27**

**CAPITULO 4.- ENFOQUES TERAPEUTICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA
DISPAREUNIA**

4.1. PSICOANALISIS **32**

4.2. CONDUCTUAL **34**

4.3. SISTEMICO **39**

5.- CONCLUSIONES **45**

6.- REFERENCIAS **58**

RESUMEN

La sexualidad, sin duda constituye un elemento fundamental en el funcionamiento global de todo ser humano, en forma individual o como pareja, el funcionamiento sexual enriquece la totalidad del ser y nutre su condición personal en el dominio afectivo.

En este trabajo se presenta una revisión teórica de los conflictos sexuales que afectan la relación de pareja, también conocidos como disfunciones sexuales.

Posteriormente, se enfoca a la dispareunia femenina como parte de estas disfunciones que afectan la relación de pareja, presentando la etiología de ésta de acuerdo con distintos enfoques terapéuticos: psicoanalítico, conductual y sistémico, presentados por diferentes autores, su estudio y tratamiento.

Asimismo, se hizo una revisión de la terapia conductual y sistémica que presentan investigaciones más recientes para el tratamiento de la dispareunia, presentando las líneas de intervención seguidas por esos enfoques.

Finalmente, se elaboró una propuesta para tomar medidas preventivas y de intervención interdisciplinaria para el desarrollo de una sexualidad sana.

INTRODUCCION

Una de las grandes decisiones que tiene que tomar el ser humano para establecer su estado de vida, es la elección de formar una pareja y casarse. Ya sea como un compromiso libre o legalmente establecido, cuando dos individuos deciden constituir una pareja es porque se han cubierto varios niveles de atracción y cada uno siente que recibe satisfacción a diversas necesidades. Además de que llegan con sus propias necesidades, frustraciones y personalidad, es vital agregar los conflictos, tensiones y ajustes que deben surgir de una relación de convivencia y los mecanismos de defensa que interactúan consciente o inconscientemente sobre la relación.

De acuerdo con **Alvarez Gayou (1986)**, la relación de pareja se establece cuando se presentan sucesivamente tres niveles de atracción: física, intelectual y afectiva:

Atracción física.- Se refiere a que la fisonomía de una persona puede inducir al acercamiento.

Atracción intelectual.- Se trata de la coincidencia de intereses, ideologías, inteligencia, cultura, metas, etcétera.

Una vez establecidos los dos niveles anteriores, puede desarrollarse el tercero:

Atracción afectiva.- Depende de factores que escapan del conocimiento preciso y por lo tanto no sistematizable. Sin embargo, podemos conceptualizarlo como cariño y amor; podría sintetizarse por un sentimiento de "tú me importas".

Muchas parejas tienen como antecedente de su formación un proceso de enamoramiento. **Dorothy Tennov (1981, citado en Alvarez, 1986)**, lo ha estudiado y sistematizado llamándolo un estado de "**limeranza**". Cuando una persona se encuentra en estado de "**limeranza**" tiene pérdida relativa de contacto con la realidad, su pensamiento sólo está en la otra persona, hay un deseo constante de estar cerca de ella; todas las circunstancias giran en su derredor; sólo se desea

darle; no se tolera la separación; se cancela todo nivel de atracción por otras personas; en resumen, esta persona se convierte en el todo de la motivación de la existencia.

Jurg (1985), señala que la relación de los cónyuges entre sí debe diferenciarse claramente de toda otra relación de amistad. La diada debe deslindarse con claridad respecto de lo exterior; los cónyuges deben sentirse como pareja, deben exigirse mutuamente espacio y tiempos propios, y hacer vida conyugal, a su vez deben seguir distinguiéndose uno a otro respetando los límites claros entre ellos.

Por su parte, **Herrasti (1989)**, hace una distinción entre el concepto de pareja y la relación de pareja; **"la pareja es toda persona que comparte con otra, manteniendo un intercambio biológico y/o emocional, a través de un contrato civil y/o religioso o bajo unión libre"**. Por relación de pareja entiende toda relación que se establece entre dos personas con el propósito de interactuar durante un periodo de tiempo que culminará con la muerte biológica y/o emocional de uno o ambos integrantes.

Para **Satir (1991)**, la pareja debe ser equilibrada y armoniosa para poder llamarse así, enfatiza que es indispensable que ambos miembros de la pareja tengan objetivos en común y se vayan desarrollando paralelamente en el mismo grado pero guardando cierta distancia entre ellos, distancia que les permita sentirse libres e independientes con la seguridad suficiente de que serán aceptados tal y como son por parte de su pareja.

Cabe destacar que según **Azrin (1973)**, es esencial distinguir nueve áreas del matrimonio y señala que cuando las personas se unen en pareja, esperan un mayor reforzamiento como resultado de esta interacción, pueden ser reforzadores potenciales o bien, puede ser causa de que surjan los problemas.

Las áreas son las siguientes:

1.- Interacción sexual; 2. División de responsabilidades; 3. Convivencia en una casa; 4. Dinero; 5. Actividad o profesión; 6. Actividad social; 7. Independencia personal; 8. Comunicación, y 9. Independencia del cónyuge.

Ahora bien, la **interacción sexual** como uno de los aspectos relevantes en el equilibrio de la pareja, implica la realización e integración del sexo entre un hombre y una mujer generalmente como parte de un compromiso de asistirse en el mutuo crecimiento sexual, compromete a ambos en una relación de amor y cariño, estimulando y reforzando su respectivo crecimiento como pareja.

Es importante señalar, que la sexualidad humana es inseparable de todos los aspectos de la personalidad; la infelicidad o destructividad que ocasiona un funcionamiento sexual incompleto o desinteresado, pueden afectar enormemente la relación de pareja haciendo problemática su interacción también en otras áreas. En las experiencias, sentimientos y actitudes sobre diversos aspectos de la sexualidad se puede encontrar la raíz de muchos problemas.

Asimismo, las delicadas y complejas respuestas sexuales del hombre y de la mujer dependen de la integridad de múltiples determinantes.

Al mencionar que la historia sexual del hombre es altamente compleja, por ser una experiencia social **Morgan (1982, citado en CONAPO)**, indica que la conducta sexual es de las primeras experiencias con componentes instintivos que es socializada por el ser humano. De donde resulta que si la existencia de pautas instintivas es un hecho básico fundamental para toda especie, las pautas adquiridas socialmente son vitales y de singular trascendencia en la configuración de la experiencia sexual integral.

Por lo tanto, el ejercicio de la sexualidad es una necesidad social básica con grandes **repercusiones** en la satisfacción personal y en las relaciones interpersonales afectivas y recreativas. La necesidad de complementariedad y trascendencias, motiva el acercamiento de los individuos entre sí.

Pero no siempre se ha tenido en cuenta este hecho; en efecto, "nuestra cultura ha convertido la sexualidad en un campo de batalla, en una lucha de fuerzas contrarias: la prohibición, la incertidumbre y el sentimiento de culpa, por una parte y por la otra, el deseo, la capacidad innata de excitación y la exigencia corporal, social y psíquica de satisfacción", como lo menciona **Giraldo (1981, pág. 140)**.

A esto, se puede añadir que el goce de la sexualidad, como experiencia integral del ser humano, también encuentra limitaciones, condicionamientos y obstáculos de acuerdo a la cultura de cada país.

Se debe puntualizar, que de acuerdo al grado de seriedad que han alcanzado las investigaciones acerca de la sexualidad, no se puede mantener una cultura determinista sino al contrario, integradora.

Por todo lo anterior, se deduce que el comportamiento sexual del ser humano es el producto de la interacción de factores biológicos y factores de experiencia psicosocial.

Por otra parte, es muy importante para la pareja, como parte de su integración física, emocional y ambiental, que sus miembros consideren el significado de la respuesta sexual para cada uno de ellos (la comunicación, la procreación, la satisfacción de una necesidad, el placer, la obligación), con lo que se tendrá mayor tranquilidad y entrega, estableciendo con ello los lineamientos que abarcará su sexualidad como elemento fundamental en su desarrollo como pareja. Al respecto, **Katchadourian (1983)**, menciona el cuestionamiento de tres aspectos de primordial importancia:

¿Por qué nos comportamos sexualmente?; ¿Cómo nos comportamos sexualmente?; ¿Cómo deberíamos comportarnos sexualmente?.

Por supuesto, estas preguntas no pueden tener una respuesta concreta ya que para cada individuo es diferente y la generalidad no se puede considerar con alto índice de veracidad.

La interacción sexual de la pareja, como lo menciona **Azrin (1973)**, es una área de conflicto ya que como se indicó antes, interactúan dos personalidades con distintas necesidades y expectativas.

Dentro de estos conflictos, se pueden encontrar problemas o síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o grupo social y que se presentan en forma recurrente y persistente como son las disfunciones sexuales. **Rubio (1982)**.

Uno de los puntos básicos de este trabajo es tratar de revisar en general las disfunciones sexuales, y en particular la dispareunia femenina, como causa de conflicto en la pareja.

Diversos autores que han llevado a cabo investigaciones sobre las disfunciones sexuales, las definen como: los problemas en los que la respuesta sexual resulta no deseable para el individuo y su medio y que se presentan en forma persistente. **Kaplan (1978)**, agrega que la ansiedad y las inhibiciones específicas aprendidas de la respuesta sexual suelen ser las causas inmediatas y específicas de disfunciones sexuales.

Sin embargo, el estado de las parejas con disfunciones sexuales nos indica en algunos casos, que el sistema sexual donde pretenden funcionar, es con mucha frecuencia altamente destructivo. En este sistema destructor es recomendable retirarse y no establecer relaciones sexuales.

Cabe destacar, que las dificultades sexuales no siempre son manifestaciones de los conflictos intrapsíquicos de una persona sino que pueden estar relacionados con las diferencias en las expectativas, necesidades y otros aspectos de la relación conyugal.

Aunque muchas veces los problemas individuales de la pareja son la fuente más importante de las disfunciones sexuales, al tratarlas el objetivo básico es la modificación del sistema sexual y marital.

En el nivel clínico se observa claramente que cada uno de los miembros de la pareja se halla en una posición privilegiada para potenciar o destruir el placer y el funcionamiento sexual del otro. Por estas razones se ha decidido de manera usual trabajar con parejas conjuntamente.

Alvarez (1979), coincide con la visión de otros autores en que el término disfunción sexual implica una alteración persistente de la respuesta sexual de una persona.

Es importante mencionar otros factores que influyen en la presencia de las disfunciones sexuales: rechazo al compañero, discordia marital, falta de confianza, sabotaje sexual, etcétera.

Por todo lo anterior, se deduce que las disfunciones sexuales no son entidades definidas y requieren para su diagnóstico ser consideradas como un continuo de interacción física, psicológica y social del individuo por una parte, y por otra, en relación con la pareja o parejas de los mismos individuos.

Asimismo, las disfunciones sexuales pueden ser orgánicas o psicogénicas, dependiendo su origen. Separadamente o en combinación, contribuyen a crear conflicto en la pareja.

Es conveniente agregar que las disfunciones sexuales pueden considerarse como el prototipo de aquellas alteraciones, que a causa de los tabúes y restricciones para la expresión de la sexualidad, producen un sufrimiento silencioso en los individuos, que en la mayoría de los casos ni siquiera es informado al médico.

CLASIFICACIÓN

Las disfunciones sexuales se clasifican de acuerdo a la fase del ciclo de la respuesta que se encuentra alterada, y en función del género del individuo. Se presenta aquí un modelo de clasificación propuesto por **Kaplan (1978)**.

A. Disfunciones de la fase de deseo

1. Deseo sexual inhibido (DSI)
2. Aversión sexual
3. Disritmia

B. Disfunciones de la fase de excitación (fase vasomotora)

1. Disfunción eréctil
2. Disfunción lubricativa

C. Disfunciones de la fase orgásmica (mioclónica)

1. Del varón:

- a. Control eyaculatorio o inadecuado (eyaculación precoz)
- b. Eyaculación retardada
- c. Anorgasmia
- d. Eyaculación retrograda

2. De la mujer:

- a. Anorgasmia

D. Otras Fallas de la respuesta o condiciones que la dificultan.

1. Dispareunia
2. Vaginismo

De esta manera, citamos las más importantes disfunciones sexuales, entre las que destacaremos **la dispareunia**, por ser el tema central de nuestro trabajo.

De acuerdo con **Corraze (1985)**, la dispareunia se refiere a todo dolor que sobreviene en el momento de la relación sexual, ya sea durante o inmediatamente después del coito. Este síntoma exige un examen preciso mediante el cual se puedan detectar problemas orgánicos; el síntoma puede ser una consecuencia del vaginismo o una ausencia de lubricación.

Algunos autores aclaran que generalmente hay dolor cuando su componente psicológico se vuelve importante. La dispareunia puede reducirse a la simple expresión de la angustia al coito; también puede provenir de un proceso llamado de conversión, debido al cual un conflicto o un afecto negativo pasan al segundo plano, es decir al nivel inconsciente y surgen en el momento de realizar la experiencia sexual.

Según **Gispert (1989)**, el tratamiento o terapia para la dispareunia implica un seguimiento muy parecido al del vaginismo ya que la sintomatología es semejante. Al respecto, se encontró que varios autores no marcan diferencias entre ambas.

Cabe señalar, que cuando una pareja acude a pedir ayuda a un consejero matrimonial o psicoterapeuta, se debe confirmar que el ginecólogo ha descartado posibles causas orgánicas. Aclarando este punto, se realiza una evaluación para identificar aquellos parámetros personales, sociales y de la relación que pueden ser causa del inicio o mantenimiento del problema.

JUSTIFICACION

En este momento no se cuenta todavía con una teoría que sea satisfactoria y que abarque todos los aspectos de la etiología de los fenómenos psicopatológicos y de las disfunciones sexuales.

Cada día encontramos que los consultorios tienen mas pacientes con problemas de tipo sexual, con base al material revisado observamos que este tipo de problemas en su mayoría son de origen psicológico.

Desde este punto de vista, sobresale el enfoque sistémico, que puede ser definido como la búsqueda de organización, de las interrelaciones entre las partes y el seguimiento de patrones de interacción en vez de relaciones lineales, esto es, que se consideran los eventos dentro del contexto en que ocurren y no en un laboratorio experimental. Se refiere a la pareja como un sistema y toma en cuenta otras variables involucradas en el conflicto, además de las psicológica, como son las sociales e inclusive las temporales.

Al parecer, el enfoque sistémico es el que tiene mayor cobertura, ya que analiza toda la estructura del individuo y permite analizar una o varias anomalías dentro de ésta y guiamos para seleccionar la terapia más adecuada.

Asimismo, en esta era de cambios sociales y tecnológicos, el desarrollo de actitudes saludables hacia el sexo reviste una importancia inédita. La mujer, ha ido incursionando más cada día en áreas que en el pasado eran privilegio del sexo masculino, su desarrollo en el núcleo familiar y social es cada día más importante, así como sus derechos a una expresión corporal, verbal e intelectual completa y satisfactoria.

Como podemos observar claramente cuando hacemos una revisión bibliográfica de los problemas sexuales, a los problemas masculinos de esta índole se les ha dado más importancia que a los femeninos.

Asimismo, la mayor parte de la información sexual, transmite el punto de vista del autor sobre diversos aspectos de la sexualidad o sobre los modos específicos de la expresión sexual. Lamentablemente, la base psicológica subyacente, sentimientos y actitudes escapan al efecto de tal información.

El potencial sexual de la mujer cuando existen disfunciones sexuales, además de afectar otras áreas en su desarrollo, se ve seriamente disminuido, es muy importante desarrollar programas centrados en la regeneración de las actitudes, en la comunicación y en la elaboración de los sentimientos que conduzcan a un óptimo funcionamiento sexual.

OBJETIVO GENERAL

Realizar una revisión teórica sobre la dispareunia femenina analizando diferentes enfoques terapéuticos; Psicoanálisis, Análisis conductual y Análisis sistémico, así como proponer una línea de prevención e intervención.

CAPITULO 1.

RELACION DE PAREJA

1.1 DEFINICION DE RELACION DE PAREJA

Iniciamos este trabajo partiendo de una base muy importante, las relaciones personales son la condición de posibilidad para la creación de una comunidad. Por lo tanto el hombre es un ser de relación; esta naturaleza relacional de la realidad humana es la condición más general de todo intercambio con su exterior. Así, el hombre, reducido a sí mismo, no tiene posibilidad de expansión.

Ahora bien, la relación humana condiciona la entrada para la relación con múltiples personalidades, sin embargo este encuentro reviste un carácter de intimidad variable según la naturaleza de los intereses que lo motivan.

Dentro de este contexto, se encuentra la **relación de pareja**, que es definida por varios autores como una relación a largo plazo establecida entre dos personas que viven juntas y que emocionalmente están entregadas una a la otra.

Es muy importante en la vida de la pareja la capacidad para establecer el equilibrio entre las necesidades propias y lo que le es demandado. Hay individuos que llegan al matrimonio o relación de pareja buscando resolver necesidades no satisfechas, a la vez que tienen serias limitaciones en su capacidad de dar, añade **Alvarez Gayou (1986)**.

Entre otros aspectos, en toda pareja deben de ser detectables y claramente observables tres mundos: el tuyo, el mío y el nuestro. Esto se refiere a que es indispensable cierto grado de individualidad. No importa qué tan intenso sea el vínculo afectivo, cada uno tiene intereses,

actividades, relaciones propias en las que no es necesario que participe el otro, y deben ser reconocidas y aceptadas por cada uno.

En la pareja, los mundos, **el tuyo** y **el mío** se sobreponen, dando lugar a la creación de un tercero **nuestro mundo**. Gráficamente se pueden representar como sigue:



Por otra parte, todas las actividades que en la pareja realizan ambos para mantener la vida de la misma, se conocen como **sociooperatividad**; por ejemplo; arreglo o decorado de la casa, actividades sociales, etcétera.

Asimismo, lo **familiar** se refiere a la vida y actividades de la pareja con los hijos (si los tiene), padres, hermanos y demás familiares de cada uno. Por último el área **nuestra exclusiva** se refiere a la necesidad que existe en toda pareja de tener su propio mundo, ejemplo; interés, actividades en las que solo participen ellos.

A continuación se hace una representación gráfica de esta interacción:



Entre las aportaciones al respecto que nos da **Freidberg (1985)**, define la formación de la pareja como una de las metas más complejas y difíciles del ciclo de vida familiar. Indica que esto es visto usualmente por las personas como un paso al gozo y al placer sin tomar en cuenta ninguna de sus dificultades. Comúnmente se considera como una transición en la que se llega a la felicidad externa.

Este punto de vista contribuye a que las dificultades normales de adaptación a una situación tan diferente no sean consideradas como tales, sino como problemáticas en la relación produciéndose un círculo vicioso que las incrementa.

Por lo tanto, la relación de pareja requiere de una continua renegociación de aspectos personales e interpersonales que cada uno de los miembros de la familia tengan definidos para sí mismos en

forma diferente. Estos aspectos incluyen desde el dinero hasta las tradiciones familiares religiosas, etcétera.

Asimismo, **Freidberg (1985)**, manifiesta que la pareja desde el punto de vista sistémico, puede ser considerada como un sistema en donde su conjunto es cualitativamente diferente a la suma de sus elementos individuales y se "comporta de un modo distinto".

Por su parte, **Minuchin (1986, citado en Niesvisky, 1992)**, considera que los miembros de la pareja tendrán que ser capaces de ceder independencias para lograr pertenencias. En estas condiciones, el sistema fomentará el aprendizaje y desarrollo de sus miembros en el proceso de mutua adaptación.

Al respecto, **Guitart (1991, citado en Roque 1994)** afirma que hay cuatro factores que influyen en la estabilidad de la pareja, los cuales son:

a) **Exclusividad.** La pareja debe reservar un espacio para dos y tener la capacidad de dar más de lo que reciben en muchas ocasiones.

b) **Intimidad.** Es un factor muy importante que comprende la autoconfianza, el deseo, temor de la cercanía, y la tolerancia.

c) **Funcionalidad.** Este punto incluye la estabilidad y la satisfacción marital, así como el cumplimiento de las metas y expectativas de la pareja, las cuales se basan en las aspiraciones individuales.

d) **Comunicación.** En este aspecto, **Guitart** coincide con algunos autores, en que la comunicación en la pareja tiene que ser clara y directa además de tener una suficiente retroalimentación, ya que es uno de los principales motivos del mal entendimiento y de las percepciones erróneas en el matrimonio, y es que las parejas dan por hecho que se entienden

mutuamente cuando en realidad no es así; es de suma importancia desarrollar expectativas realistas sobre la relación y comunicarlas adecuadamente.

Entre otros autores, **Watzlawick (1967, citado en Pérez Galicia, 1989)** define comunicación en términos de conducta, asegurando que "toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje" es decir, es comunicación y agrega: "actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes a su vez no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y por ende, también comunican". Esto sugiere que cualquier relación interpersonal constituye una constante comunicación, y obviamente la calidad de dicha comunicación se verá reflejada en la totalidad de la relación.

Ragé Atala (1996), reitera la concepción de la relación de pareja de **Freidberg (1985)**, como uno de los aspectos más complejos y difíciles del ciclo de vida familiar por la enorme trascendencia que tiene esta decisión de relacionarse, en la mayoría de los casos las personas no están preparadas para tomar esta decisión.

Confirma asimismo, que esta situación se ve como la transición del gozo y placer, pero sin tomar en cuenta ninguna de sus dificultades, ni la calidad del compromiso que las partes se echan auestas.

Otras personas la consideran como una meta más que un proceso, y una meta a través de la cual se llega a la felicidad eterna "y serán felices para siempre".

Se debe reflexionar en que el ser humano, especialmente en esta época de grandes tecnologías, se prepara para casi todas las cosas que va a emprender, pero, desafortunadamente, descuida la más importante de su vida: elegir pareja y formar con ella una familia.

Por lo tanto, casarse y formar una familia es un asunto tan importante que los contrayentes deberían tomar cursos prematrimoniales obligatorios, ya que no basta cambiar los mecanismos

que hasta entonces proveyeron seguridad emocional, sino integrar un sistema de seguridad emocional interno, en el que se incluya no sólo a sí mismo, sino al compañero, no se trata sólo de vivir una relación YO - TU, sino que se debe preparar el NOSOTROS.

De esta manera, la nueva pareja es pionera en muchos aspectos del nuevo tipo de relación que quiere vivir; trabaja con base al ensayo y error. Va abriéndose camino sin tener muy claro su curso. Se está enfrentando a nuevos tipos de relación en busca de una forma más existencial y sólida de vivir; tiene que enfrentarse a las paradojas y crisis de las relaciones de pareja y familia; abrirse al cambio positivamente para poder vislumbrar un nuevo modelo que funcione en este mundo cambiante.

Es importante considerar que la vida de pareja en este momento esta viviendo un enfrentamiento cultural y choque de valores. No quiere muchas responsabilidades ni compromisos. En consecuencia, el número de divorcios ha crecido considerablemente y muchos de los que permanecen unidos lo hacen por diversas razones que prácticamente no tienen tanto o poco que ver con el amor o con los valores y motivaciones que los llevaron a unirse.

1.2 CONFLICTO

Entre los problemas más frecuentes de la pareja encontramos que, mientras más se incrementan las necesidades de la vida cotidiana, cada uno da menos y pide más. Al mismo tiempo, puesto que la vida presenta problemas de cada vez mayor complejidad, cada uno espera más del compañero. Se crea así un grado de dependencia en que simultáneamente aumentan las expectativas y necesidades. Cuando ambas se ven frustradas surge el conflicto.

Aunque las variantes en el conflicto son muchas: sociales, psicológicas, orgánicas, económicas, etcétera, los patrones de conducta han demostrado ser consistentes, las estadísticas muestran que los divorcios en los últimos años han ido creciendo rápidamente.

Algunas investigaciones han demostrado que las parejas "normales" se enfrentan a algún conflicto, alrededor de una vez por semana y se enojan al menos una vez al día. Las parejas "problemáticas" presentan aproximadamente tres veces más conflictos que aquellas.

Para la psicología el estudio de la relación de pareja, como base de una estructura social, es importante. Los conflictos que viven las parejas pueden ser analizados desde la misma formación psíquica que el individuo haya recibido de sus padres o familiares; según sea la personalidad que se configure o resulte, el sujeto será o no la principal fuente del conflicto. **López (1983)**, afirma que casi todos los conflictos psicológicos nacen de estructuras de la personalidad que, sin tener que considerarse siempre como patológicas, dificultan la relación con la otra persona. De esta estructura nacen los conflictos como una fuente, siendo los acontecimientos diarios una simple ocasión para que se manifiesten. Cuando una pareja tiene una discusión por un tema mínimo, lo importante no es atender esa cuestión, sino profundizar en lo que se encuentra detrás como causa real, que por ejemplo puede ser una agresividad contenida, una relación posesiva, y un afán de dominio, etcétera.

En México, algunas investigaciones reportan que aproximadamente las tres cuartas partes de las parejas terminan separándose. **Novoa (1988)** sostiene que de los matrimonios que se efectúan, el **4.56%** terminan divorciados o separados. Por su parte la **INEGI** reporta que hasta 1995 en la República Mexicana hay una tasa de divorcios del **5.07%** al año.

A todo esto podemos agregar que, cuando el hombre no ha llegado a la **madurez**: entendida como estabilidad emocional, sentido del otro, capacidad para dar y recibir, confianza en sí mismo, sentido de sociabilidad e interdependencia afectiva, en el momento de relacionarse con su pareja, él mismo lo presiente como algo inquietante, nuevas responsabilidades y decisiones que tomar, un clima familiar que hay que crear. Pero sobre todo en las zonas más profundas del inconsciente, el marido inmaduro siente vivamente que tiene que separarse de su madre y asumir

un papel hasta entonces reservado a su padre. El sentimiento confuso de abandono de la madre y de culpabilidad frente a su padre busca inconscientemente una compensación en una obediencia creciente para con sus padres. La hija que ha visto a su madre dominada y esclava del padre, desconfiará de los hombres y se sentirá ofendida fácilmente, rebelándose y creando situaciones de tensión cuando en realidad su pareja no pretendía de ningún modo herirla (López, 1983).

Otros autores, señalan que la depresión es en parte una causa emocional de los conflictos provenientes de la interacción y una consecuencia de la percepción negativa de uno mismo, y en las relaciones de pareja muy deterioradas por lo regular se presenta frecuentemente este problema.

Asimismo, sugieren que estos problemas pueden ir desde hermetismo, gritos, insultos, etc. hasta llegar a desencadenarse en violencia física. De acuerdo con estudios realizados por Ragé Ataia (1996), la relación de pareja esta considerada como una de las principales causas de estrés.

Sin embargo, podemos considerar que las parejas serían más capaces para encarar las tensiones de todos los días si aprendieran métodos funcionales para encarar los desacuerdos, esto es, si aprendieran a dialogar.

Así, la pareja sana desarrolla habilidades para resolver conflictos; de antemano se sabe que los métodos para resolverlos dependen en gran medida de la comunicación. Uno de los factores más importantes de la pareja es querer llevarse bien. De esta manera, los miembros de la pareja sana se adaptan, cada uno copia las técnicas del otro para resolver los conflictos y encarar el estrés.

Por lo tanto, cuando se ven frente a las tensiones, las parejas adaptables tienen la capacidad de modificar sus actitudes para superarlas. Entre las estrategias para afrontar el estrés, retomando las ideas y definiciones expresadas por algunos autores, se encuentran las siguientes:

- a) Búsqueda de información y comprensión del acontecimiento que produce el estrés.
- b) Búsqueda de apoyo social de parientes, amigos, vecinos y de otras familias que viven situaciones parecidas y de profesionales.
- c) Por otro lado son flexibles respecto a los papeles de los miembros de la familia.
- d) Tienen una visión optimista de los acontecimientos y mejoran la comunicación familiar.

Asimismo, entre los aspectos más importantes que pueden crear conflicto en la relación y desarrollo de la pareja, se encuentra la satisfacción sexual. Ya que la vida sexual es una relación que existe naturalmente desde que el hombre es hombre, mientras que la vida afectiva es una cualidad de la evolución humana que ha convertido a la sexualidad en amor sexual, haciéndola más compleja y enriqueciendo tanto la vida social como la vida interna del ser humano. Por consiguiente, por la estrecha relación que existe entre la vida sexual y la vida afectiva, una condiciona la existencia de la otra.

Según Muldworff (1980, citado en Pérez 1989), en las relaciones maritales la vida sexual constituye uno de los factores de mayor importancia para la calidad de la relación. Anteriormente se tenía la idea de que la sexualidad de un individuo se iniciaba cuando comenzaba a practicarla en el matrimonio. Ahora se sabe que esta sexualidad forma parte de todo ser humano desde el momento de su concepción. De igual forma se manifiesta a lo largo de toda la vida, y la manera en que es experimentada desde la infancia, así como la relación con los padres y la educación recibida al respecto, determinan la manera en que un individuo podrá compartirla posteriormente con su pareja.

De esta manera, un hombre y una mujer plenamente maduros deben, en condiciones normales, aportar una sana actitud sexual a sus relaciones maritales. Ello expresa una respuesta

mutuamente placentera, con un punto culminante en el orgasmo de cada uno. Este sentimiento positivo se extiende a otros aspectos de la relación y facilita la adaptación en todos los campos.

La capacidad para establecer una relación sexual mutuamente satisfactoria demuestra una capacidad para considerar, no sólo las necesidades propias, sino también, las necesidades de la pareja, indica **Ausubel (et al. , 1965)**.

Hasta hace poco tiempo, quienes estudiaban las relaciones de pareja daban por hecho que la vida sexual en un matrimonio podía tomarse como el microcosmo de la relación marital total. En la actualidad, debido a que se intenta estar más atento a todos los detalles de la historia sexual de las parejas, se ha encontrado que los factores de sexo, amor y compromiso en la relación actúan independientemente, y cada uno puede ser diferente tanto cuantitativa como cualitativamente dentro de una misma relación. Algunas parejas que llevan buenas relaciones sexuales tienen asimismo una buena relación en todos los aspectos, sin embargo, esta teoría no es general, ya que puede haber una satisfacción sexual completa, y existir limitaciones en otros aspectos.

Del mismo modo, comenta **Sager (1971, citado en Pérez Galicia, 1989)**, hay quienes tienen una vida sexual pobre, pero mantienen una buena comunicación afectiva en otros parámetros de interacción.

Cabe mencionar, que la sexualidad suele enfrentarse con el desgaste de lo cotidiano y la rutina que acechan a la pareja alineada por las preocupaciones y el cansancio de la vida moderna. En consecuencia, el propio acto sexual corre el riesgo de ritualizarse y asumirse en la rutina.

De acuerdo a lo anterior, podemos señalar que no hay parejas que no conozcan algún desacuerdo, y los continuos choques que expresan tantas emociones negativas como positivas, representan otros tantos mensajes de amor, apasionados violentos y torpes.

Por lo tanto, se deduce que los conflictos conyugales llevan a la ansiedad, sensación de fracaso, frustración, depresión y otras anomalías que pueden desembocar en un inadecuado funcionamiento sexual, dando paso a las disfunciones sexuales.

CAPITULO 2.

DISFUNCIONES SEXUALES

En la búsqueda de material bibliográfico para la elaboración de este trabajo, pudimos confirmar que el conocimiento científico de la sexualidad es un campo nuevo y revolucionario dentro de las disciplinas científicas y en especial en la Medicina. El conocimiento del sexo es tan vital que las personas buscan información en cualquier fuente disponible y desgraciadamente muchas veces aceptan información pocas veces correcta y las más de las veces equivocada.

Las investigaciones llevadas a cabo en el campo de la sexología clínica son extraordinariamente serias en todos los centros científicos del mundo y están destinadas a aliviar los problemas del matrimonio o pareja disfuncional, es decir, las parejas con dificultades en el área de las relaciones sexuales.

Se ha encontrado que la pareja o matrimonio disfuncional, generalmente esta muy angustiado, se halla profundamente deprimido y distanciado por culpa de los problemas que le aquejan en el área sexual. De acuerdo a la visión de diferentes autores, la disfunción sexual es un inadecuado funcionamiento sexual. En el campo de la Sexología Clínica se habla de Disfunción, Inadecuación, Incompatibilidad o Inadaptación Sexual. En la disfunción sexual desde el punto de vista corporal el organismo no responde en alguno de los puntos de lo que se ha dado en llamar **"Respuesta Sexual Humana"**; es decir, que ante un estímulo de tipo sexual el organismo no responde adecuadamente presentando fallas. Al ocurrir esto " uno de los miembros de la pareja o ambos manifiesta que no disfruta plena y adecuadamente de la actividad sexual". Es decir no existe gozo en el acto sexual (Sapena, 1997).

Rubio y Martínez (1994) definen a las disfunciones sexuales como una serie de síndromes en donde los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social, que se presentan en forma recurrente y persistente.

De acuerdo con **Germán Monroy (1993, citado en Rubio, 1994)**, los principios de disfunción sexual operan en el "aquí y ahora". Destruyen la respuesta sexual en el momento en que el individuo intenta embarcarse en una conducta sexual.

Para funcionar bien sexualmente es preciso que el individuo se abandone a la experiencia erótica, tiene que ser capaz de abandonar todo control y de perder hasta cierto punto el contacto con su medio ambiente.

Las disfunciones sexuales se clasifican en función de la fase del ciclo de la respuesta que se encuentra alterada y en función del género del individuo. Algunos autores han estructurado estas respuestas en cuatro fases:

- 1) Fase de excitación
- 2) Fase de meseta
- 3) Fase orgásmica
- 4) Fase de resolución

Usaremos el modelo de trifásico propuesto por **Kaplan (1978)**, para clasificar las disfunciones sexuales:

2.1 Disfunciones de la fase de deseo.

2.1.1. Deseo sexual inhibido (DSI)

2.1.2. Aversión sexual (fobias sexuales).

2.1.3. Disritmia.

2.2 Disfunciones de la fase de excitación (fase vasomotora).

2.2.1. Disfunción eréctil.

2.2.2. Disfunción lubricativa.

2.3 Disfunciones de la fase orgásmica (mioclónica).

A: Del varón.

2.3.1. Control eyaculatorio inadecuado (eyaculación precoz)

2.3.2. Eyaculación retardada.

2.3.3. Anorgasmia.

2.3.4. Eyaculación retrógrada.

B: De la mujer.

2.3.5. Anorgasmia.

2.4 Otras disfunciones sexuales:

2.4.1. Dispareunia.

2.4.2 Vaginismo.

A continuación, se dará una breve explicación de algunas características de estas disfunciones:

2.1. - Disfunciones de la fase de deseo

2.1.1. Deseo sexual inhibido.

Cuando el instinto sexual tiende a manifestarse de acuerdo con la normalidad y queda frenado o limitado en su expresión, intensidad o frecuencia, se habla del deseo sexual inhibido. Esto es, la diferencia en el nivel de deseo sexual en la pareja, ya sea por causas orgánicas o psicogénicas.

En general puede entenderse como la pérdida de interés en la actividad sexual, los datos más útiles, para su diagnóstico son: un cambio en el patrón individual de frecuencia de desempeño sexual.

Cabe señalar, que el término “**Deseo Sexual Hipoactivo**” (DSH) se reserva para aquellos pacientes con disminución de su deseo sexual, en los que se ha identificado el o los factores etiológicos presentes.

Asimismo, existe un tipo especial de DSH al que se le denomina **situacional**, en el que la pérdida de interés se limita a un determinado compañero(a).

Es importante resaltar que el DSH es probablemente una de la entidades más frecuentes en la práctica diaria del terapeuta sexual.

Al respecto, **Frank y Cools (1976, citado en Hawton, 1985)**, reportan que el 35% de las mujeres y el 16% de los hombres de un grupo de parejas relativamente “bien ajustadas y educadas” estaban desinteresadas en la actividad sexual.

Las causas de DSH puede dividirse en dos grupos: **orgánicas y psicosociales**.

Causas orgánicas: Se refieren a la enfermedad de Addison, alcoholismo, hepatitis crónica activa, insuficiencia cardíaca, anemia, tumores cerebrales, insuficiencia cerebrovascular, drogas desnutrición, entre otras.

Causas psicosociales: Son aquellas en las que los individuos "aprenden" a permitir emerger el deseo sexual en condiciones "seguras", además los centros reguladores del deseo sexual están influidos profundamente por las emociones. Así, estados como la depresión o el estrés, bloquean el deseo sexual.

2.1.2. Aversión sexual.

Ya que, como se ha reiterado, la función sexual no es simplemente una función fisiológica centrada en los genitales, sus complejidades involucran a toda la personalidad, experiencias y actitudes sociales y culturales; **fisiológicamente** involucra el sistema nervioso y encéfalo; por lo tanto bajo ciertas circunstancias pueden haber muchos cambios en la vida de la pareja ya sean **orgánicos o psicogénicos**.

Las causas psicogénicas, de acuerdo a una diversidad de estudios, pueden ser variadas, pero la presencia de episodios traumáticos en la infancia (estupro, violación, etc.) o de actividades altamente condenatorias hacia la sexualidad en el ambiente del desarrollo del individuo guardan significados negativos en el funcionamiento de la misma.

2.1.3. Disritmia.

Es frecuente, en la práctica clínica observar la queja de alguno de los miembros de una pareja respecto a la **baja frecuencia de actividad sexual** debido a que el otro miembro posee un nivel más reducido de frecuencia de deseo.

En esta condición el **DSH** no es un diagnóstico apropiado, en la mayoría de los casos, parejas **funcionantes** pueden presentar esta condición como simple reflejo de la variabilidad individual.

2.2. Disfunciones de la fase de excitación (Vasomotora).

2.2.1. Disfunción eréctil

La disfunción de la fase de excitación vasomotora, es también conocida como Disfunción eréctil, o antiguamente llamada **impotencia** es descrita por **Master y Johnson (1970, citado en Mc. Cary Leslie, 1981)**, cuando el individuo falla en obtener una erección el 25% de sus intentos de realización de cópula. Esta disfunción es catalogada de tres formas.

Primaria. Cuando nunca se ha obtenido una erección adecuada para lograr penetración.

Secundaria. Cuando se ha logrado penetración en el pasado pero actualmente no se puede.

Selectiva. Cuando se consigue la erección y penetración con determinado compañero sexual.

Causas orgánicas. Pueden ser: Anatómicas, cardiorespiratoria, endocrinológicas, ingestión de drogas, fármacos, neurológicas y vasculares.

Causas psicogénicas. Aquí se puede encontrar la historia de alguna relación parental conflictiva, actitudes familiares negativas hacia la sexualidad, la ortodoxa religiosa, experiencia infantil traumatizante o bien la realización traumática del primer coito, presencia de ansiedad y angustia ante la realización sexual, convirtiéndose éstas en factor inhibitorio de la respuesta eréctil. La más importante es temor al fracaso, la demanda de realización y la necesidad excesiva de satisfacer al compañero funcionan también como generadoras de angustia.

2.2.2. Disfunción lubricativa

(Disfunción sexual general)

Antes de discutir esta disfunción conviene aclarar que en realidad es poco común que se presente en forma aislada; casi siempre está acompañada de **disfunción orgásmica (anorgasmia)**.

Cuando se presenta sola, la causa más importante es la ansiedad que inhibe la respuesta refleja lubricativa.

2.3. Disfunciones de la fase orgásmica (mioclónica)

A.- DEL VARÓN:

Disfunciones de la fase orgásmica (Mioclónica). Se clasifican aquí dos tipos de disfunciones; el primero se caracteriza por la alteración del momento de presentación del orgasmo; esto es, condiciones que propician que el orgasmo masculino suceda antes de lo deseado o después de lo esperado. El segundo tipo se caracteriza por la alteración por ausencia (en la anorgasmia) o bien en su ocurrencia, como en la eyaculación retrógrada.

2.3.1. Control Eyaculatorio Inadecuado (eyaculación PRECOZ).

Según **Master y Johnson (1970)**, se considera eyaculador precoz al individuo que fracasa en lograr contener su erección al grado que imposibilita la obtención del orgasmo en su pareja en el 50% de sus intentos, siempre y cuando la mujer no sea anorgásmica. Asimismo, **Kaplan** propone como criterio diagnóstico la ausencia del "control eyaculatorio".

Aunque **Lopiccolo (1977, citado en Heiman, 1986)**, señala la excepción, afirmando que cuando ambos miembros de la pareja coinciden en que no es necesario realizar esfuerzos para lograr retraso de la eyaculación para obtener satisfacción mutua, se puede establecer que la condición no existe.

Cabe mencionar, que la historia clásica de etiología, es el joven que tiene sus primeras relaciones sexuales bajo presión, o por el riesgo a ser sorprendido.

El éxito en el tratamiento de esta disfunción es muy cercano al 100%. Aclarando que se llega a este objetivo aplicando las técnicas de terapia sexual indicadas.

Es importante señalar, que la eyaculación precoz reporta el porcentaje más alto en disfunciones masculinas según un estudio realizado por Rubio y Covián (1991, citado por González 1993).

2.3.2- Eyaculación retardada:

La eyaculación retardada puede considerarse como el extremo opuesto de la eyaculación precoz. Aquí, si bien se logra la eyaculación en la vagina, ello requiere largo tiempo y esfuerzos prolongados en la estimulación coital a la vez que la excitación sexual es a veces en extremo tardío.

Esta disfunción reporta el porcentaje más bajo de acuerdo a estudios realizados por Rubio (1993).

2.3.3.- Anorgasmia.

Se le llama anorgasmia a la incapacidad para alcanzar el orgasmo.

Existen tres tipos:

Anorgasmia primaria: Que ha existido siempre.

Secundaria: Cuando el hombre ha tenido orgasmo con anterioridad.

Situacional. Cuando solo se presenta en determinadas circunstancias, ejem. Dentro de la vagina, masturbación, etc.

2.3.4. Eyaculación retrograda:

Es definida como una anomalía en la unión (entronque) de los conductos eyaculatorios y la uretra situada en el interior de la próstata, o como resultado de cirugía prostática, accidente o malformación congénita, por lo que el semen es expulsado al interior de la vejiga.

B.- DE LA MUJER:

2.3.5. Anorgasmia

Se considera anorgasmica a la mujer que no logra un orgasmo en el 50% de sus intentos.

Al igual que en las disfunciones sexuales masculinas, se clasifica en tres tipos:

Anorgasmia primaria o preorgasmia: Se clasifica aquí a la mujer que nunca bajo ningún método de estimulación ha conseguido el orgasmo.

Es importante mencionar que se usa el termino *preorgasmia*, porque se considera que en toda mujer existe la potencialidad orgásmica, y que el hecho de no haber experimentado esta vivencia no significa que se pertenezca a "una clase especial de mujeres" imposibilitadas para el goce sexual.

Anorgasmia secundaria: Se considera aquí a aquellas mujeres que han alcanzado en el pasado el orgasmo, pero que actualmente fracasan cuando menos en el 50% de sus intentos.

Anorgasmia situacional: Se reserva esta categoría para las mujeres que si alcanzan orgasmos por algún método estimulativo, por ejemplo: una mujer alcanza orgasmo por autoestimulación, pero fracasa durante el coito; la contraria puede ser otro ejemplo.

Aunque en el 95% de los casos con anorgasmia se identifican causas psicogénicas como principal factor, en ésta como en otras disfunciones, el estudio de cada caso requiere descartar causa orgánica antes de clasificarlo como psicogénico.

Entre las causas psicogénicas se deben contemplar: la historia de actitudes familiares y comunitarias negativas o comunitarias de la sexualidad, religión, experiencias traumáticas como antecedente (violación, estupro, incesto), y los conflictos intrapsíquicos que generan culpa por mecanismos inconscientes, etcétera.

También la angustia generada por la demanda de realización ya sea personal o por el compañero, las dudas en la eficacia de la atracción personal o los sentimientos de disminución de la autoestima y la depresión pueden ocasionar anorgasmia.

Asimismo, la incomunicación, la desconfianza, hostilidad y desajustes en el sistema de valores sexuales de los miembros de la pareja, entre otras muchas, sin olvidar la ignorancia respecto al funcionamiento sexual propio de la pareja.

El manejo diagnóstico al igual que en otras disfunciones, incluye la búsqueda de causa orgánica mediante la realización de una **historia médico-quirúrgica** completa, y el descartar lesiones o deficiencias constitucionales en el aparato sexual o trastornos del sistema nervioso, así como diabetes mellitus o desajuste hormonal.

El porcentaje de éxito de tratamiento reportado por **Masters y Johnson (1978)**, y corroborado por otros autores, es alrededor del 90%.

2.4- Otras Disfunciones sexuales

2.4.1. Dispareunia.

El término "dispareunia" se refiere a la presencia de dolor en el coito, puede ocurrirle tanto al hombre como a la mujer, aunque es importante aclarar que en el hombre es extremadamente raro que ocurra (generalmente el dolor es resultante de otro tipo de problema), es más frecuente en la mujer y dependiendo de la causa, el dolor puede aparecer en cualquier momento del ciclo de la respuesta sexual.

Rubio (1982), hace énfasis en que debe siempre descartarse causa orgánica ante la presencia de dolores en la realización de cópula peneano-vaginal. Asimismo, menciona entre las causas de la dispareunia todos los factores que tengan que ver con inflamación de alguna de las estructuras del aparato genital, como la vaginitis de cualquier etiología, la cervicitis, endometritis, salpingitis, etc., una episiotomía mal reparada, la lesión de los ligamentos de sostén del útero. Al respecto, indica que el manejo de la dispareunia depende de la causa: orgánica o psicógena, aunque esta conclusión solo puede derivarse después de un exhaustivo examen ginecológico y una extensa historia clínica sexual.

Dispareunia en el hombre.

En esta disfunción, las molestias son atribuibles a las lesiones inflamatorias del pene, como el herpes genital, que pueden ocasionar dolor en la penetración. La inflamación, cualquiera que sea el origen de las estructuras del aparato genital interno puede hacer dolorosa la emisión y la eyaculación. **Masters y Johnson (1978)**, describen un tipo especial de dispareunia post-orgásmica que se presenta en el hombre climatérico, y que cede con la administración de testosterona.

2.4.2. Vaginismo.

Se define como la presencia de espasmo involuntario de la musculatura que rodea el introito vaginal. La mujer con vaginismo, no necesariamente tiene falla en los demás eventos del ciclo de la respuesta; es decir, puede ser capaz de lubricar y alcanzar orgasmo mediante estímulos sexuales que no incluyan penetración vaginal.

En este caso, deben considerarse las causas orgánicas; como la presencia de alguna lesión que ocasione dolor o la presencia de un himen intacto, puede desencadenar un reflejo que provoque espasmo; esto puede generar un reflejo condicionado que persista aún después de la desaparición de la lesión.

Causas psicogénicas: Según lo referido por varios autores, no es frecuente encontrar causa orgánica responsable del espasmo. Es trascendental poner atención en: los antecedentes familiares que asocian la actividad sexual con suciedad, experiencias traumáticas, fobias al embarazo, temor a contraer enfermedades sexuales transmisibles, la cancerfobia y la orientación homosexual.

En resumen, se observa la importancia de realizar un diagnóstico claro de las disfunciones sexuales, ya que la terapia dependerá de la etiología.

Es importante señalar que las disfunciones sexuales no necesariamente constituyen una causa de desarmonía o insatisfacción marital (Frank, 1978, citado en Hawton, 1985). Sin embargo, está claro que muy a menudo las parejas con problemas sexuales tienen matrimonios infelices y que, en este sentido, muchas parejas que buscan una terapia sexual, se parecen a las que buscan una terapia marital (Frank, 1976, citado Hawton, 1985). Si bien la disfunción sexual es a menudo la consecuencia directa de los problemas de pareja, la experiencia clínica, también señala que la desarmonía sexual suele ser la causa de infelicidad en la relación de pareja.

En una serie de estudios se ha observado, que muchas parejas con problemas sexuales dejan de hablar acerca de temas sexuales y, en particular acerca de sus deseos y expectativas esta incomunicación puede, gradualmente, llegar a ser una característica general de la relación de la pareja, originando resentimiento y pérdidas de afecto, aunque, es importante resaltar que éste no es necesariamente el patrón en todas las parejas con dificultades sexuales.

De acuerdo con las estadísticas, las causas más importantes de incompatibilidad en la pareja se deben en un 60% a las disfunciones sexuales, ya sean estas por factores orgánicos, psicogénicos, sociales o culturales. (O.Sapena, 1997).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 80% de los divorcios la problemática sexual ha jugado un papel trascendente. Es un problema social y es necesario prevenirlo.

CAPITULO 3.

DISPAREUNIA FEMENINA

En el conocimiento de la fisiología sexual e investigaciones diversas sobre la respuesta sexual humana, varios autores definen las disfunciones sexuales como alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan problemas y molestias al individuo o pareja. De acuerdo a esto, para comprender la fisiología de las disfunciones, deben ser considerados todos los factores etiológicos en los niveles orgánico, psicogénico y social.

En este contexto, se encuentra que la dispareunia, es un problema sexual frecuente que puede afectar tanto a la mujer como al hombre, aunque las mujeres son afectadas con mayor frecuencia.

Una de las definiciones más completas que encontramos sobre dispareunia, según el **Dr. José Güemez Troncoso, (1983)**; es el "coito doloroso"; o sea, es una dificultad que puede producir dolor, molestia, irritación en la piel o mucosa del pene, vagina o en la uretra.

Cabe señalar, que el dolor que sobreviene en el momento de la relación sexual, puede ser durante o inmediatamente después del coito de acuerdo a **Corraze, (1985)**.

Ahora bien, de acuerdo a una serie de investigaciones, es importante aclarar que aunque la dispareunia también se encuentra en los hombres, es extremadamente rara, generalmente el dolor es resultado de una irritación, congestión o enfermedad en los órganos genitales.

Encontramos entonces que la dispareunia en la mujer es un problema frecuente y que se debe tratar con mayor delicadeza, a lo que podemos atribuir que algunos investigadores pongan mayor énfasis en el tratamiento y diagnóstico de esta disfunción sexual.

De acuerdo a estudios realizados durante varias décadas, **Alvarez Gayou (1986)**, y otros autores clasifican la dispareunia en tres categorías:

Primaria.- Cuando ha existido siempre el dolor durante el acto sexual.

Secundaria.- Cuando ha existido previamente un periodo de funcionamiento adecuado.

Selectiva.- Si se presenta con algunas personas y otras no. (Cambios de pareja)

Transitoria.- Cuando sólo se manifiesta bajo determinadas circunstancias.

Por otra parte, en el resultado de investigaciones realizadas se ha reportado que el origen de la dispareunia en la mujer, en el 60% de los casos es psicogénico, el 40% restante ha resultado ser de origen orgánico, detectándose después de minuciosos exámenes de diagnóstico y/o revisiones cuando algún tipo de lesión o causa de malestar es visible. Esta última es la primera causa que debe ser descartada cuando a la mujer se le presenta este problema. (Ellis, 1960, H.S. Kaplan, 1979, Netter, 1961; citados en A. Gayou, 1986).

Un importante medio de diagnóstico para descartar las causas orgánicas de la dispareunia, es la laparoscopia (Examen de la cavidad pélvica abdominal a través de una punción en la que se introduce un instrumento), y se ha asumido como regla la de que cuando existen intensos dolores al cohabitar y no resulta evidente la psicogenia de los mismos ni es palpable superficialmente la causa de la molestia, procede practicar una laparoscopia para aclarar el problema. Ello evita que se atribuyan injustificadamente las alteraciones a un trastorno psíquico, y como se ha señalado reiteradamente, no permite excluir tampoco una causa psíquica, aun cuando existan hallazgos orgánicos. Eicher (1978).

Al respecto, los autores señalan que es importante diferenciar entre una dispareunia primaria y otra secundaria. Asimismo, indican que esto no contribuye a encontrar el diagnóstico sino en muy pocos casos, ni es significativo con respecto al tratamiento. Más importante es, diferenciar entre una dispareunia superficial o externa y otra profunda.

Por otro lado, enfatizan en que se debe tener perfectamente definido para aclarar la causa del dolor, la fase en que se presenta, esto es, que la paciente informe si los dolores aparecen inmediatamente después de la introducción del pene, al atravesar el vestibulo vaginal, o bien, en la introducción profunda, como dolor sordo o como punzadas en el interior y que surge con los movimientos de empuje, o que aparezca durante el orgasmo o al final del coito persistiendo luego mucho tiempo.

Entre otras causas, se ha encontrado que la dispareunia en la mujer, tiene un origen frecuente en la tensión, el temor o la ansiedad por el primer coito y el dolor puede afectar a la vagina, la cervix, el útero o la vejiga urinaria. Los músculos vaginales se endurecen y el coito puede ser doloroso, especialmente si la pareja es torpe o insensible. Además dependiendo del tipo y grosor del himen, puede experimentarse dolor cuando se rompa el tejido por la penetración peneana.

Por otra parte, se debe tomar en cuenta que la dispareunia en las mujeres postmenopáusicas ocurre frecuentemente debido a que la mucosa de la vagina se ha vuelto frágil y delgada, enjutzándose en ocasiones a una mínima parte del tamaño y del grosor que tienen las jóvenes: Por lo tanto esta mucosa no secreta suficiente lubricación para la intromisión peneana.

Asimismo, la dispareunia, se encuentra ligada algunas veces con la frigidez crónica o intensa, puede también hallarse presente en grados ligeros de frigidez en mujeres jóvenes e inexpertas.

3.1. - ETIOLOGIA DE LA DISPAREUNIA

3.1.1. Causas orgánicas

Las causas orgánicas de la dispareunia se clasifican en cuatro:

1. Generales: La frigidez como causa de dispareunia, puede acompañar a las enfermedades agudas o crónicas, dolor o endocrinopatías, como el hipotiroidismo o hipogonadismo.

2. **Neurológicas.** Pueden ser atribuidas a trastornos neurológicos y enfermedades de la médula espinal.

3. **Fisiológicas.** Cabe aclarar en este punto que el envejecimiento no es una causa importante de esta disfunción. La libido puede aumentar en forma gradual hasta la menopausia. El apetito sexual suele disminuir, pero no se pierde. Los desajustes psicológicos comunes en la menopausia y la fatiga pueden ocasionar algunos problemas transitorios.

4. **Defectos Anatómicos:** Estos son una parte importante en el diagnóstico de la dispareunia, ya que existen muchos padecimientos locales tales como endometritis (inflamación del endometrio), la cistitis (inflamación de la vejiga), la vulvovaginitis (inflamación de la vulva y la vagina), la leucoplasia (Afección crónica de la mucosa vaginal), adherencias, congestiones vasculares persistentes, etcétera, y pueden ser las causas directas del dolor durante la penetración peneana.

3.1.2. Medicamentos y Hormonas.

1. **Medicamentos.-** Se ha encontrado que la libido alterada constituye un efecto colateral frecuente de los tranquilizadores mayores, ya que actúan directamente sobre el sistema nervioso central. Los tranquilizadores menores (incluyendo el alcohol) pueden aumentar el deseo sexual eliminando la ansiedad.

2. **Hormonas.-** Los andrógenos, hormonas que normalmente se encuentran en el organismo femenino, ayudan a producir estimulación sexual; si se encuentran en cantidad deficiente puede ocurrir anestesia sexual. Asimismo, los anticonceptivos orales a veces interfieren con la excitación sexual debido a su contenido en progesterona. Puede haber una mejoría si se emplean anticonceptivos secuenciales. **Salomón (1974).**

Por otro lado, a mujeres menopáusicas o con otro tipo de problemas en que exista deficiencia hormonal, se les administran hormonas que en la mayoría de los casos son medicamentos que deben tomar en forma permanente para contrarrestar esta deficiencia.

De acuerdo a estadísticas reportadas por la OMS, las mujeres postmenopáusicas, consumen diariamente diez millones de tabletas de "Premarin" (Hormonas de origen vegetal o animal), en el mundo.

Factores Psicosociales:

Los sentimientos y actitudes suelen tener su origen en ciertas experiencias pasadas. Pueden haber sido tomados de padres, amigos, familiares, o personajes significativos del pasado. Es importante resaltar que a menudo estos sentimientos y actitudes se han convertido en algo tan habitual que las personas ya no tienen conciencia clara de su existencia, ni de la influencia que ejercen.

En este marco, encontramos los siguientes factores:

1. La inhibición sexual: La vergüenza, el miedo a la primera vez, la falta de tacto del compañero, la información inadecuada con respecto al sexo, pueden ser causas de inhibición sexual, esta a su vez es una de las causas más comunes de frigidez, la cual puede ser crónica e intensa. La inhibición sexual origina discordia marital y otros desajustes emocionales, que a su vez pueden causar falta de lubricación, de interés, y producir un medio tenso que ocasione dolor al realizar el acto sexual, especialmente si se tiene un compañero poco comprensivo.

2. La hostilidad a los hombres: En estudios realizados, se encontró que por lo general es aprendida de la madre, la cual cree que los hombres son "brutos", no dignos de crédito y explotadores. Una madre así es dominante y el padre es o pasivo y alejado del hogar o tiránico. Generalmente, las mujeres con inhibición sexual no tienen deseos de ser moigatas, con sinceridad desean conscientemente la relación, se sienten avergonzadas porque el dolor no les permite a veces sentir

placer o alcanzar el orgasmo, y se vuelven excesivamente aversivas con las técnicas de la cópula en lugar de relajarse durante el coito.

3. Actitud hacia el sexo: Una actitud mojigata o moralista hacia el sexo adquirida de la educación sexual recibida de los padres, puede resultar en culpa y vergüenza en relación con el acto sexual. En forma semejante, el miedo al rechazo y al ridículo, temor a ser fecundada, sentimientos de inferioridad, sentimientos de dependencia, temor de la pérdida de autocontrol y un narcisismo intenso, todo puede contribuir a la frigidez y dispareunia.

4. Conflictos de Edipo no resueltos: Estas mujeres pueden inconscientemente ver al marido o amante como un sustituto del padre. Sus historias muestran que a menudo se encontraban muy cerca de sus padres y en una competencia tormentosa con sus madres. Socialmente, se hallan insatisfechas con su papel femenino y se sienten ansiosas y culpables acerca del sexo. Por lo tanto la frigidez a menudo empeora después del matrimonio y del embarazo, conforme la relación con el esposo se identifica más y más con la del padre.

5. Generalmente, un incidente traumático sexual aislado en la niñez puede conducir a dificultades sexuales en la vida adulta. Las exposiciones repetidas a situaciones traumáticas (violación, incesto, golpes, etc.) son condiciones que probablemente conduzcan a tener problemas en la relación sexual con la pareja.

6. Los estados neuróticos o psicóticos intensos pueden interferir con la complacencia en las relaciones heterosexuales, como depresiones y esquizofrenias o perversiones.

7. Las fallas en el compañero: El marido puede exhibir una técnica precoital defectuosa; puede ser físicamente no atractivo para su esposa o demasiado solicitante; puede tener otras rarezas que provoquen fastidio en la mujer, justificable o de otra manera; o la cópula puede ser efectuada en medios inadecuados. Durante episodios de discordia marital la frigidez es temporal y la esposa

puede inclusive suspender las relaciones sexuales como un arma contra su esposo, atribuyendo a esto dolor, falta de lubricación, inflamación, etcétera. **Caso (1979)**

Por último, podemos añadir, que hasta que el individuo o pareja toma una clara conciencia de los sentimientos "reprimidos" o mantenidos bajo nivel, a veces durante años y que están perturbando ciertos aspectos de su relación, estará dispuesto o dispuestos a discutir todos los aspectos de su experiencia sexual.

Ahora bien, el reconocimiento de un problema es siempre el primer paso hacia su corrección. Recurrir a la ayuda profesional en trastornos personales e interpersonales es tan lógico como requerir ayuda profesional en dificultades de orden médico. Los problemas sexuales, especialmente los que datan de largo tiempo, o los que no desaparecen con ayuda médica (Ginecólogo, Urólogo, Médico General, etcétera) generalmente son de origen psicogénico y es conveniente buscar ayuda especializada.

El enfoque terapéutico que se utilice para la solución de estos problemas, depende de la causa, orgánica o psicogénica, el manejo adecuado de esta información y la aplicación de técnicas idóneas nos llevarán a resultados exitosos.

CAPITULO 4.

ENFOQUES TERAPEUTICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISPARREUNIA

4.1. PSICOANALISIS

La terapia psicoanalítica formulada por S. Freud hacia fines del siglo XIX y principios del siglo XX, surge como la primera gran revolución de la esfera psicológica y su premisa fundamental es que, las experiencias tempranas de la infancia y lo que ocurre con ellas al interior del individuo, constituyen los hechos más importantes de su bienestar psicológico, así que cuando surge algún trastorno es inevitable explorar su vida interior y pasada mediante sesiones de análisis continuas y extensas que buscan llevarlo a una comprensión interna de lo que ocurre (insight).

Por otra parte, al estar explorando esta vida infantil resultó evidente que mucha de ella transcurría en la familia y fue objeto de algunas formulaciones; en especial, Freud resaltó el papel básico de los primeros años de convivencia familiar en el marco de la diada madre-hijo y del triángulo padre-madre-hijo y de cuyas relaciones se gestaban varias de las perturbaciones de personalidad y adaptación del individuo adulto. En este sentido, en la terapia que ejercía se dirigía a identificar a través del inconsciente la ocurrencia de esos eventos analizando todas las expresiones que el paciente manifestaba y nunca observó directamente el contexto de sus relaciones presentes. Es así que gran parte de la investigación sobre familias se situó en ese nivel de interés.

Posteriormente, algunos seguidores del psicoanálisis ampliaron estas explicaciones al enaltecer más la relación entre trastorno emocional y entidad familiar.

De acuerdo a lo anterior, los procesos mentales estaban incluidos en las relaciones familiares y el estudio de éstas ayudaría enormemente a comprender el porqué de los primeros.

Con esta teoría se inicia el procedimiento según el cual un solo terapeuta interviene a padres y paciente en sesiones separadas e individuales.

Por otra parte, **From E. (1975)**, introduce el concepto de familia como agente psicológico de cambio y habla del individuo no como ser aislado, sino como alguien que mantiene amplias relaciones interpersonales con sus semejantes y consigo mismo, siendo esto lo que verdaderamente lo gobierna.

Asimismo, se plantea la teoría de las relaciones objetales donde se incorpora una visión del conflicto como un evento interpersonal más que intrapsíquico.

Posteriormente, se desarrolla la idea de simbiosis y separación-individuación que fue muy importante para quienes siguieron el trabajo con familia desde esta perspectiva psicoanalítica.

Así, siendo el psicoanálisis un movimiento de terapia lineal dio amplios avances hacia una comprensión de la dinámica familiar y el valor de su participación fue tal que se llegó a plantear una aproximación familiar psicodinámica o transgeneracional.

Hasta hace relativamente una década, la corriente psicológica, al igual que la corriente psiquiátrica tendían básicamente a un enfoque psicodinámico y psicoanalítico, en lo que se refiere a la etiología y tratamiento de las disfunciones sexuales.

El psicoanálisis implica la exploración intrincada, detallada y prolongada y el análisis del pasado del paciente, sus defensas psicológicas, conflictos reprimidos, sueños y relación con el analista (transferencia), con objeto de ayudar al paciente a obtener conocimiento de las raíces inconscientes de sus conflictos y síntomas sexuales. **LoPiccolo y Heiman (1981, citado en Helman, 1986)**.

En el curso del autoconocimiento que proporciona el psicoanálisis, se vislumbran, se comprenden y se liberan algunas de las conductas más irracionales. Respecto a problemas sexuales más

concretos, el psicoanálisis es más instructivo que práctico, ya que el paciente es el individuo tratado y no la pareja. El asume la responsabilidad por el cambio, crecimiento y desarrollo personales (cambio intrapsíquico), la resolución de los problemas conyugales (cambio interpersonal) y los cambios constructivos en el plano de la realidad (dentro o fuera del matrimonio). Esto es, para que éste tratamiento tenga éxito, el paciente deberá poseer unas fuerzas titánicas básicas que permitan los cambios estructurales y favorezca la constante resolución de problemas sin depender de un cambio inicial del otro cónyuge, ni aún de su respuesta positiva al cambio.

Asimismo, de acuerdo con algunos autores, el psicoanálisis tiene mérito como modalidad de educación para quien disponga de suficiente tiempo y dinero, pero da pobres resultados como tratamiento de hábitos funcionales autónomos pertinaces, sean cuáles sean sus orígenes infantiles.

El análisis es en conclusión, una experiencia sensible de comunicación e intuición entre el paciente y el analista y esto es lo que imparte el beneficio que se derive de las sesiones ya que se considera prácticamente vedado que el terapeuta tenga algún contacto físico con el paciente.

4.2. ANALISIS CONDUCTUAL

La terapia de la conducta se basa en los principios de las teorías del aprendizaje y concepto del condicionamiento en particular. En este modelo los problemas sexuales no se consideran como síntomas de enfermedad sino mas bien como el resultado de un aprendizaje defectuoso y, por lo tanto, sujeto a los mismos mecanismos que están involucrados en el aprendizaje de la conducta normal.

La meta principal de la terapia de la conducta no es la introspección sino la modificación de la conducta. Esto se hace a través de una variedad de técnicas que incluyen la extinción, el aprendizaje aversivo, el reforzamiento positivo y la imitación de modelos.

Un enfoque terapéutico importante es la desensibilización, la cual es una forma de inhibición recíproca (esta técnica se desarrolló principalmente por **Wolpe J. (1969, citado en Szpilman, 1989)**). Basándose en el hecho de que ciertos estados emocionales son antitéticos, esto quiere decir que no se puede tener dos estados de ánimo contrarios al mismo tiempo.

Una persona que se encuentra ansiosa, en situaciones sexuales no se puede desempeñar adecuadamente, estos pacientes pueden ayudarse si su ansiedad se inhibe por medio de la relajación.

Según **Katchadourian (1983)**, los estímulos provocadores de angustia, se ordenan jerárquicamente, posteriormente el paciente es entrenado en las técnicas de relajación muscular profunda y la desensibilización, que consiste en lo siguiente:

Cuando la persona está en estado de relajación se le pide que tenga la fantasía de los estímulos provocadores de angustia menos potentes en su lista. Si se pone ansioso, el terapeuta le pide que vuelva a la rutina de relajación. Este procedimiento se repite hasta que la persona pueda enfrentarse con la escena generadora de angustia sin malestar. En este momento se cambia al siguiente estímulo que genere angustia y el proceso se repite.

A menudo se observa, que cuando la persona tiene dominio sobre la situación provocadora de angustia en el pensamiento o la fantasía, transfiere esta capacidad a situaciones de la vida real. Cabe señalar, que este enfoque se ha usado bastante, es muy útil en casos de vaginismo y dispareunia que implican un elemento fóbico.

Entre otras formas de tratamiento para la dispareunia, encontramos el enfoque cognitivo-conductual, como lo menciona **Aaron T. Beck (1996)**. Esta es una forma de autoterapia en la que se emplean técnicas como el registro de pensamiento para tratar problemas sexuales, ya que con estos se puede discutir el momento adecuado para realizar el coito, la frecuencia de este y

profundizar en temas como la diferencia de estilos, preferencias individuales y en conjunto con respecto al juego preliminar, posiciones y estímulos preferidos.

Asimismo, las técnicas cognitivas pueden resolver problemas relacionados con el sexo, ya que incluyen la corrección de actitudes erróneas, malas interpretaciones y el empleo de imágenes para incrementar el estímulo.

Güemez (1983), recomienda para el tratamiento de la dispareunia el siguiente método:

Utiliza ocho dilatadores de Hegar de diferentes diámetros y materiales como aluminio, acero inoxidable o cualquier otro metal cromado, también existen dilatadores de Hegar de plástico desechables e inclusive de madera. En total, son ocho dilatadores y se dispondrá de vaselina o jalea para lubricarlos y ser introducidos lentamente en la vagina. Se harán ejercicios de relajación, sensualidad, juego amoroso y masturbación.

La paciente se coloca en posición ginecológica o solamente acostada con las piernas separadas, estiradas o levantadas, tomando la mujer el dilatador de diámetro más pequeño y así sucesivamente hasta terminar con el más grande. La mujer puede comenzar a insertar en la vagina dilatadores de diferente tamaño empezando por el más pequeño hasta que pueda tolerar un dilatador del tamaño del pene sin presentar ansiedad, temor o dolor. En este momento, es muy probable que se encuentre lista para experimentar el contacto entre pene y vagina.

Algunos terapeutas han usado técnicas hipnóticas para ayudar a que sus pacientes se hagan más conscientes, se encuentren mas relajados, seguros de si mismos y sobre todo para resolver problemas sexuales y emocionales.

Los conductistas intentaron tratar los trastornos sexuales, valorando cada síntoma sexual que desean modificar en función de sus contingencias de refuerzo o extinción, elaborando posteriormente el tratamiento idóneo. El terapeuta utilizará estrategias para eliminar las

recompensas que proporciona un síntoma sexual, para castigar las reacciones sexuales no deseadas en ciertos casos y en otros no, para hacer que se extinga sistemáticamente el temor que esta bloqueando la respuesta sexual. Podría también sustituir y reforzar ciertas respuestas sexuales deseables en lugar de las respuestas destructivas que el paciente desea eliminar.

Muchas son las técnicas conductuales ingeniosas y eficaces que se han ideado y aplicado al tratamiento de los trastornos sexuales. Entre ellas se cuenta con la desensibilización sistemática y el sistema del "flooding" que consiste en que una vivencia desagradable se convierte en agradable gracias a la comunicación afectiva.

Estas técnicas son muy eficaces para eliminar fobias y temores sexuales, también explotan la capacidad humana para aprender en el ámbito de la fantasía. Emplean repetidamente imágenes de la situación temida en condiciones de relajación, a fin de extinguir la fobia.

Cuando un temor o una fobia específicos impiden el tratamiento, algunos terapeutas prefieren desensibilizar al paciente antes de comenzar la terapia sexual, esto ha demostrado ser muy útil en el tratamiento del vaginismo y se pudiera utilizar en la presencia de dispareunia.

En la teoría conductista, según Monroy (1993), se trataban los problemas sexuales como desordenes de ansiedad, por las técnicas que se utilizaban como desensibilización sistemática y entrenamiento en relajación; éste autor menciona también que las disfunciones sexuales son provocadas por contingencias adversas que siguen a la conducta.

En la historia de la terapia sexual, puede decirse que el elemento innovador básico de Masters y Johnson es el concepto de las experiencias sexuales estructuradas. Por su parte, Kaplan considera que el elemento fundamental de la terapia sexual son las experiencias sexuales estructuradas, aunadas a la psicoterapia. En este punto radica una de sus importantes aportaciones. Ahora bien, como lo dice Hogan (1978), las experiencias sexuales estructuradas pueden variar en función de tres aspectos independientes:

- 1.- El tipo de participación en la experiencia.
- 2.- El método utilizado para desvanecer la ansiedad
- 3.- El que las experiencias estén o no graduadas.

El tipo de participación en la experiencia, puede, a su vez, ser de tres niveles:

- a) Participación física, en la que las experiencias las practica el sujeto con una pareja.
- b) Participación a través de la imaginación y la fantasía
- c) Participación vicariante por medio de la actividad de otras personas presenciada por medio de películas o videos.

Los métodos para desvanecer la ansiedad que pueden usarse conjuntamente con la participación en la experiencia sexual, son de cuatro tipos, estos son:

- a) El factor de discriminación de ansiedad inherente a la propia experiencia sexual
- b) Condicionamiento progresivo a la relajación
- c) Agentes químicos
- d) Relajación inducida hipnóticamente

Finalmente, el último aspecto sólo puede considerarse en dos dimensiones: las experiencias estarán o no graduadas.

Así, puede considerarse que si bien, de hecho la terapia conductual y la terapia del aprendizaje son los pilares que sustentan la terapia sexual, otras teorías han brindado importantes aportes tanto conceptuales como técnicos. Entre estas últimas, tenemos la Teoría General de los Sistemas.

4.3. ANALISIS SISTEMICO

Antes de ahondar dentro del análisis sistémico, es importante mencionar que conforme se ha desarrollado la sociedad, esta claro que la familia no puede abarcar toda la enseñanza de sus individuos. Así, la familia recibe la experiencia de instrucción por parte de instituciones como escuela, iglesia, gobierno, etcétera. Por lo tanto, el mundo se encuentra en un estado de transición y la familia debe acomodarse a él, modificándose juntamente con él. Pero debido a las dificultades transicionales, la tarea psicosocial fundamental de la familia - apoyar a sus miembros - ha alcanzado más importancia que nunca. Por lo tanto, solo la familia, la más pequeña unidad social, puede cambiar y al mismo tiempo mantener continuidad suficiente para la educación de niños que tengan raíces fuertes para crecer y adaptarse. (Minuchin, 1974).

La inquietud por comprender toda esta clase de fenómenos desde un punto de vista interaccional y total, promovió un cambio epistemológico muy importante en el sector de los eventos psíquicos y en el que participaron sociólogos, antropólogos, psiquiatras, psicólogos, y comunicólogos: se habla de un cambio lineal a circular, que da paso al desarrollo y conocimiento pleno de la terapia familiar como una nueva terapéutica de los trastornos emocionales.

Tal cambio, suscitado en la década de 1950, se implantó apoyado en primera instancia, por la Teoría General de Sistemas de L. V. Bertalanffy, que conceptualiza al organismo como un todo integrado por varios elementos de organización y lo denomina bajo el nombre de "Sistema", es decir, un orden dinámico de partes y procesos que están en mutua interacción.

Bajo estos principios, se percibe que la conducta y el ser del individuo, no sólo están en función de un estímulo y una respuesta, ni de un determinismo infantil (trastorno infantil = adultez con conflictos), tampoco de una relación unidireccional y bidireccional con el ambiente, sino que se conforma de acuerdo al conjunto de relaciones complejas de las que esa conducta formaba parte,

donde era influida y a su vez influía, que se transformaba como todo sistema vivo, estando por ello implicado un proceso de "Circularidad".

Como se puede observar, este principio sustenta que el individuo no está regido únicamente por factores internos, pues recibe gran impacto del "otro", con el cual establece relaciones. Ese "otro" está representado en primera instancia por la familia, como una red compleja de transacciones de las que el individuo forma parte.

Asimismo, la teoría de los sistemas sostiene la hipótesis de que las raíces de la inadecuación sexual surgen de transacciones patológicas entre los dos miembros de la pareja, porque crean un medio ambiente sexual destructivo y deshumanizador. (Kaplan, 1984, citado en Szpiman, 1989).

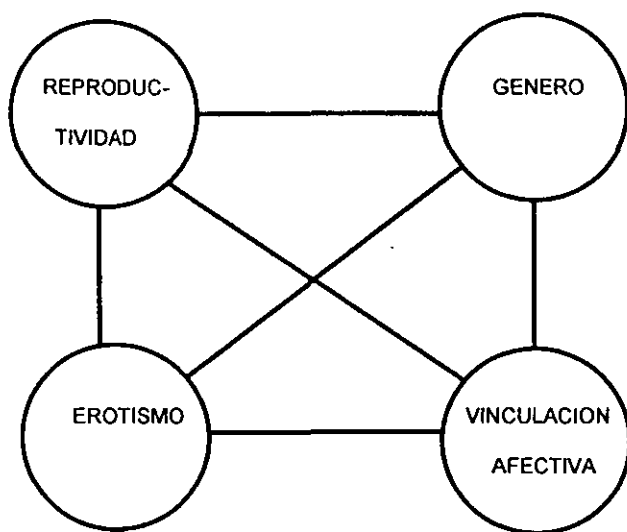
El énfasis de la terapia sexual, además del cambio de los conflictos e inhibiciones individuales de cada miembro, recae en la modificación del sistema sexual disfuncional de la pareja.

Por consiguiente, el sistema es muchas veces la fuente más importante de las disfunciones sexuales y el punto óptimo para intervenir. Al tratar una disfunción sexual el objetivo básico es la modificación del sistema sexual y marital. Entre las técnicas que se usan está la utilización de cuestionarios para evaluar la satisfacción en la relación de pareja. (Szpiman, 1989)

Heiman (1986), nos menciona que no debemos excluir el manejo de la ira, desensibilización y proximidad física en este tipo de problema

Un enfoque más reciente sobre la teoría sistémica, es el modelo de los cuatro holones sexuales que propone Rubio (1993), el cual nos menciona que la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones (o subsistemas) sexuales: La reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal, estos conceptos tienen aplicabilidad vertical, esto es, que cada uno de ellos tiene manifestaciones en todos los niveles de estudio.

Los cuatro holones sexuales:



Reproductividad.- Es importante destacar que el holón de la reproductividad humana no se limita únicamente a la reproducción biológica, sino que puede expresarse a través de la maternidad y paternidad en adopción o bien, a través del ejercicio de muchas actividades humanas cuyo resultado final es la reproducción como un complemento del ser humano.

Género.- El género adquiere relevancia central en la conformación de la identidad individual. La identidad es el marco interno de referencia que nos permite respondernos quiénes somos, qué hacemos, qué queremos y adonde vamos. Uno de los principales componentes de la identidad es precisamente el género, en la llamada identidad genérica: Yo soy hombre, Yo soy mujer.

Erotismo.- Otra vertiente de pensamiento identifica al erotismo con el amor, porque la vivencia erótica está muy frecuentemente relacionada con la experiencia amorosa, sin embargo, es posible que la experiencia erótica sea tenida en conceptos no amorosos, por lo que es preferible

identificar al erotismo con el componente placentero de las experiencias corporales (individualmente vividas o, más frecuentemente, en interacción con otro). La forma más aceptada de conceptualización de la fisiología del erotismo humano, es verlo como el resultado de tres procesos fisiológicos interdependientes, concurrentes pero distintos: el deseo o apetito sexual, la excitación y el orgasmo.

Vinculación Afectiva.- Por vinculación afectiva entendemos la capacidad humana de desarrollar afectos intensos ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ello se derivan. La forma más reconocida de vinculación afectiva es el amor (amor romántico, enamoramiento, materno-infantil o paterno-infantil).

En la figura se observan los cuatro holones sexuales unidos por líneas, estas representan las significaciones mentales que integran el significado de las experiencias de un holón. La complejidad de nuestra sexualidad se debe en gran medida a que las significaciones casi siempre aluden a los cuatro holones debido a que operan integralmente. Cuando el terapeuta ignora alguno de ellos aumenta la probabilidad de fracaso en la terapia.

Por último, de acuerdo a una evaluación global de los resultados obtenidos en la terapia de las disfunciones sexuales, sobresale el porcentaje de resultados satisfactorios en el tratamiento de la dispareunia, con la terapia de pareja.

La terapia de pareja es la técnica terapéutica en que ambos conyuges son entrevistados por el mismo terapeuta; así, conjuntamente los tres ven en el síntoma o afección indicadora una explicación de la disfunción de su sistema de interacción, según lo menciona **Jackson y Weakland (1961)**. Asimismo, en este enfoque el terapeuta contempla al paciente como un individuo rodeado por la familia (si la hay), con los problemas actuales de su vida real; a esto va asociada la idea de que el paciente esta atrapado dentro de un diagrama de comportamiento fijo,

en el que se espera que cada miembro de la familia se conduzca en una forma mutuamente aceptada.

Para Haley (1963, citado en Bautista, 1982), la terapia de pareja ofrece un contexto dentro del cual la pareja puede aprender otras formas de conducta, en tanto que se les obliga a abandonar los procedimientos anteriores que provocaron el trastorno.

Otra aplicación del enfoque sistémico al proceso marital concibe cada evento de la comunicación conyugal como un sistema cibernético compuesto de muchas partes y etapas, Backus (1975). Esto es, que la comunicación de la pareja se presenta como un circuito de retroalimentación basado en la transmisión congruente y la recepción afectiva de la información personal e interpersonal. La negociación de la pareja se contempla como un sistema en desarrollo.

Cabe mencionar, que la incapacidad de comunicarse es un factor importante en la etiología de la dispareunia, no se puede satisfacer a la pareja si no se sabe que quiere o que necesita.

Por otra parte, la terapia de pareja, gira a menudo en torno de la estrategia de negociación *quid pro quo*. Este método de concesiones mutuas presenta una serie de ventajas, sus etapas son:

- 1) El terapeuta ayuda a las diversas partes intervinientes a identificar las causas de su insatisfacción y a especificar sus propuestas de cambio.
- 2) Los cambios solicitados se expresan en términos de comportamiento de cada parte involucrada.
- 3) La pareja negociadora conviene y establece un intercambio recíproco, bajo la influencia mediadora del terapeuta.

Por lo tanto, este enfoque terapéutico se basa en la definición del ajuste o arreglo conyugal como la presencia de recompensas mutuamente satisfactorias, o el intercambio equitativo de conductas placenteras.

Esta estrategia para resolución del problema puede reemplazar a las modalidades frustrantes de una lucha nada constructiva en torno a los problemas de la vida diádica.

Tomando en cuenta las técnicas terapéuticas antes mencionadas; las estrategias específicas para el tratamiento de la Dispareunia son:

- a) Evasión fóbica.
- b) Interpretación analítica.
- c) Apoyo y aliento.
- d) Técnicas conductistas: desensibilización sistemática.
- e) Reflejo condicionado: desensibilización en vivo.
- f) Observación de la abertura vaginal.
- g) Inserción de Objeto pequeño a objeto mayor.
- h) Inclusión de la pareja.
- i) Penetración peneana

Como podemos observar, los modelos teóricos y las técnicas utilizadas en el tratamiento de la dispareunia y el vaginismo son muy similares, únicamente se han ido modificando al paso del tiempo pero su estructura medular sigue siendo el modelo trifásico de Kaplan en 1974.

5. CONCLUSIONES

La vida sexual de la pareja es uno de los factores más importantes para lograr su integridad física y emocional completa.

Muchas personas, padecen una falta casi completa de percepción con respecto a ciertos sentimientos y actitudes que afectan su vida sexual. A esto podemos asumir que dichos sentimientos y actitudes son heredados con tanta naturalidad que escapan siempre al cuestionamiento.

De acuerdo al análisis sistémico, la familia (sistema), recibe instrucción por parte de instituciones como escuela, iglesia, gobierno, etcétera. (suprasistemas). La familia debe acomodarse a él, modificándose juntamente con él. Solo la familia, la más pequeña unidad social, puede cambiar y al mismo tiempo mantener continuidad suficiente para la educación de niños que tengan raíces fuertes para crecer y adaptarse.

Esta concepción, cambia las teorías existentes de lineales a circulares, poniendo al individuo o pareja (subsistema) como el centro de una serie de interacciones, de acuerdo a los siguientes principios:

- a) Todo sistema tiene niveles de organización llamados subsistemas
- b) Un sistema puede ser:
 - Abierto.- interactúa con el medio ambiente y es susceptible al cambio.
 - Cerrado.- no interactúa con el medio ambiente y permanece estático
- c) Todo sistema es capaz de autorregularse mediante los mecanismos de retroalimentación positiva y negativa.
- d) Todo sistema pertenece a sistemas mayores llamados suprasistemas.

- e) Todo organismo vivo es un sistema abierto que cambia y crece.
- f) El cambio en uno de los elementos del sistema afecta a todo el sistema y no a algún elemento en particular.

En conclusión, lo más importante en el análisis sistémico, no son exclusivamente los elementos que componen el sistema, sino la totalidad de relaciones que mantienen entre sí.

Ahora bien, la relación de pareja es compleja debido a la interacción que esto representa; entre otros factores, si no existe una clara y franca comunicación entre ellos se presentan los conflictos, que pueden empezar desde una simple discusión hasta extremos mayores como desembocar en una disfunción sexual, aunado a esto, los sentimientos y actitudes que presenta cada uno de los miembros de la pareja con respecto a la relación sexual, con diferentes motivaciones y expectativas.

Por lo tanto, se puede deducir que los requisitos previos de una respuesta sexual normal serían los siguientes:

1. Integridad funcional de las áreas del sistema nervioso central que participan.
2. Estructuras genitales adecuadas.
3. Estimulación hormonal apropiada de los órganos genitales.
4. Un ambiente psicológico que favorezca la respuesta sexual (en el "aquí y ahora")
5. Desarrollo sexual físico y psicológico adecuado.- En este punto es donde recaería la influencia del sistema sobre el individuo (religión, educación, familia, etcétera).

Así, las fuerzas que pueden obstaculizar la realización del potencial sexual de una persona, como factores principales de un desarrollo sexual adecuado y que al encontrarse alterados ocasionarán problemas al individuo y por ende a la pareja, son las siguientes:

1. En el plano traumático.- Esto incluye los incidentes dolorosos, las experiencias emocionalmente dañinas; los temores y preocupaciones sexuales que pueden acumularse en toda una vida. Este factor está íntimamente ligado a la historia interior, asimismo, el papel jugado por las palabras soeces en la propia vida, y las emociones ligadas a dichas palabras. Se debe ahondar en que tan profundo es el significado de dichos vocablos cara a los valores y actitudes sexuales.

Esto es, la historia del desarrollo sexual; que ha ejercido cierta influencia con la conformación del ser, ya que, en su desarrollo sexual toda persona ha pasado por experiencias que pueden haberle dejado un residuo y que deben ser exploradas. Se debe esclarecer este proceso para comprobar si ejerce una influencia significativa en los sentimientos y funcionamiento sexual en el "aquí y ahora".

2. Aunque una pareja proclame una vida sexual satisfactoria, sus miembros pueden sufrir inconscientemente una penuria sensorial oculta. La falta de satisfacción sensorial puede actuar como un lastre sobre la calidad del amor y la relación sensorial, esto es que el individuo limita su autoexpresión en el libre flujo del ritmo sexual. Asimismo, la técnica precoital defectuosa, la hostilidad, la torpeza y falta de tacto en el compañero pueden ocasionar un medio tenso para la realización del acto sexual.

3. Paradigmas o clichés sexuales.- Pueden ser generales, personales y genitales, que gracias al Movimiento de Liberación de la Mujer, se han comenzado a identificar estos estereotipos. La educación, religión, costumbres familiares, etcétera, delimitan de manera importante el desarrollo total del individuo. El rol asignado a la mujer es todavía limitado en gran parte de nuestra comunidad.

4. El tabú de la desnudez, todavía existe y puede actuar en algunos aspectos sobre la autoimagen sexual. La vergüenza corporal, la vergüenza genital y coital, han sido

profundamente inculcadas a los hombres, lo que suele representar profundas inhibiciones y bloqueos.

5. Otra fuente de ansiedad, tensión y culpa surge de los sentimientos y actitudes acerca de las secreciones corporales, cuando se considera el sexo "sucio" o desagradable, como un insulto a los ojos de la familia, de la religión, etcétera, los sentimientos hacia las secreciones corporales se extienden hacia el plano sexual.

6. Los hábitos sexuales; resulta sorprendente, para individuos y parejas, el ver cuán profundamente están encerrados en sus hábitos sexuales, y la restricción que esto impone a la espontaneidad y la creatividad amorosas.

7. Otro punto trascendente es la naturaleza, profundidad y nivel de la comunicación sexual, ejercen un considerable impacto sobre la realización del potencial sexual tanto del individuo, como de la pareja. La comunicación es uno de los factores más relevantes para la integridad de la pareja.

Finalmente, todos los puntos anteriores tienen una enorme repercusión en la relación de pareja en sus diferentes etapas, originando las disfunciones sexuales.

Día con día sabemos que las disfunciones sexuales cobran más víctimas, sobre todo con respecto a las mujeres, ya sea por una educación sexual deficiente y reprimida, principios religiosos severos o por experiencias traumáticas, llegan a presentar trastornos sexuales como en el caso de la dispareunia. Del mismo modo, la dispareunia no se presentará como un problema aislado, causará conflicto en la pareja, la familia y otros ámbitos de desarrollo del individuo.

Estos problemas se pueden manifestar de la siguiente manera.

- Miedo a la sexualidad.

- Miedo al compromiso
- Miedo al abandono
- Infidelidad y engaño
- Celos
- Abuso del tabaco y/o Alcohol
- Drogadicción
- Violencia conyugal, física o verbal
- Manejo de poder
- Depresión
- Incapacidad para establecer una relación íntima y emocional
- Cambios en los hábitos del trabajo
- Irritabilidad
- Somnolencia
- Insomnio
- Interferencia para actividades cotidianas
- Sueños eróticos obsesivos

Una vez que esta serie de conflictos comienzan a manifestarse, afectan de algún modo el sistema familiar, es entonces cuando será necesaria la intervención terapéutica que tendrá que ser

exageradamente minuciosa para detectar la naturaleza del problema y determinar el tratamiento más adecuado.

Por lo tanto, dentro de las técnicas de intervención para el tratamiento de la dispareunia femenina, y tomando en cuenta que el proceso para la atención de la salud sexual de una persona, pareja, grupo o comunidad implica una serie de pasos que pueden agruparse en tres fases, sugiero el apoyo interdisciplinario:

La fase I.- Esta fase se encuentra fuera del control del sexólogo terapeuta, ya que es un proceso que se da sólo en el paciente y consta de tres niveles; que el paciente se percate de que tiene una disfunción; el nivel de aceptación de la presencia de la disfunción y del hecho de que ésta constituye un elemento que afecta el bienestar del individuo o de la pareja y, la decisión de buscar ayuda.

En la fase II, Se lleva a cabo una entrevista en la que debe establecerse en primer lugar una empatía que permita una comunicación adecuada. Esto permitirá la elaboración de la historia natural de la disfunción, así como la detección de la psicofisiología de la misma para establecer un buen diagnóstico.

A este último debe agregarse, la detección y conocimiento de las necesidades específicas del individuo o de la pareja. Establecido el diagnóstico integral, resulta imperativo considerar las necesidades específicas del caso, que dependerán de diversos factores culturales religiosos, sociales, económicos y educativos.

La fase III, se refiere al proceso terapéutico a seguir, una vez establecidas las fases anteriores, las modificaciones y adaptaciones que hubiera que hacer para establecer un diseño de la estrategia teórica adecuada, que incluye tres pasos: La comprensión del proceso por el paciente; Aceptación del proceso por el paciente; y la colaboración del paciente en el proceso.

Una vez cubiertas cada una de estas fases, se puede hablar de la estrategia terapéutica práctica.

Cómo psicólogo, consideraría esencial el apoyo de un Terapeuta sexual para establecer un diagnóstico y tratamiento interdisciplinario adecuado a cada individuo o pareja.

En este trabajo conjunto, y tomando en cuenta que uno de los problemas básicos que se encuentran latentes en la dispareunia, es la comunicación y la interacción que deriva de la deficiencia de ésta dentro de la pareja, propondría para diseñar la estrategia adecuada (dentro de la fase II):

- 1) Entrevista con la pareja
- 2) La elaboración y aplicación de un cuestionario de conocimiento y actitud sexual,
- 3) Al final del cuestionario se dejaría un espacio en blanco para que el individuo, si así lo desea, pueda incluir algún incidente que considere importante.
- 4) Una vez que se tenga el resultado de éste cuestionario, se incluirían pláticas breves e ilustrativas de información sexual con base a las deficiencias detectadas
- 5) Asimismo, para los problemas de comunicación detectados se utilizaría el juego de roles con apoyo audiovisual
- 6) Ejercicios de relajación profunda
- 7) Desensibilización sistemática
- 8) Fantasías y juegos eróticos como ejercicio privado en casa.

La pareja debe manifestar si su experiencia esta produciendo cambios favorables en ambos miembros. Asimismo, en cada sesión deberán comentar como se sintieron, que les agrado y que no les agradó y que propondrían

Al finalizar el tratamiento, se le sugiere a la pareja que participe en una terapia grupal para manifestar sus experiencias.

El compartir un trauma sexual resulta más efectivo cuando ambos miembros muestran una buena disposición hacia la experiencia y cuentan con un tiempo prolongado e ininterrumpido para hacerlo. Muchas veces algún miembro de la pareja comprende que algo anda mal pero no sabe si es él o ella, su técnica o su cuerpo. Este es el momento preciso en que la comprensión y apoyo de la pareja es importante, por lo que sería recomendable que la terapia fuera en pareja. Además, la presencia del compañero ofrece nuevas y distintas perspectivas en una situación que, de otro modo, resultaría unidimensional.

La elaboración de este cuestionario estaría a cargo del terapeuta sexual y del psicólogo, tanto para su diseño como para su interpretación ya que esto favorecería la retroalimentación entre ambos y hacia el individuo o pareja. El objetivo del cuestionario es el de brindar ayuda a la pareja o individuo con el lenguaje escrito, ya que a la mayoría de las personas se les dificulta, les da vergüenza o no conocen los términos para expresar verbalmente el por qué de sus sentimientos y actitudes, en particular tratándose de problemas de índole sexual.

Cabe señalar, que cuando se rememora un incidente particularmente doloroso, suele advertirse que una gran masa de sentimientos está unida a él. El tono de voz, los movimientos corporales, todo indica lo que supuso aquel incidente, y lo que aún supone como fuerza activa. Manifestarlo en forma escrita, ayudará a descargar y elaborar sentimientos, hará que dichos sentimientos y otros aspectos del incidente resulten accesibles, permitirá recordarlos y revelará nuevas perspectivas del problema.

Como podemos observar a lo largo de este trabajo, no existe aún el tratamiento idóneo para aplicar a la dispareunia, aunque si un enfoque más preciso para determinar sus causas, además de que se sigue considerando dentro del ámbito del vaginismo, tanto por su estudio como para su tratamiento.

Asimismo, es importante señalar que la formación requerida para la realización de terapia sexual rebasa la preparación básica de especialistas diversos, incluyendo al psiquiatra, al psicólogo, al ginecoobstetra y al urólogo. Sin embargo, resulta innegable la responsabilidad de estos especialistas y del médico general en el conocimiento básico de las disfunciones sexuales para diagnosticarla en sus pacientes.

Por otra parte, la educación sexual que se da en la terapia sexual resulta especialmente importante en un medio como el nuestro, donde cierto número de disfunciones sexuales, entre ellas la dispareunia, tienen como elemento etiológico básico una mala información respecto a la sexualidad propia y del compañero.

Dentro de este contexto es importante señalar que debemos tomar conciencia de que uno de los fenómenos que está modificando el desarrollo de las poblaciones, son las enfermedades sexuales y la progresión acelerada de estas.

Por último, considero importante añadir, que todo lo anterior nos sugiere que es esencial tomar medidas preventivas, entre las cuales se requiere elaborar estrategias y programas de apoyo dirigidos más hacia las familias y comunidades que al individuo en particular.

El compromiso de los sectores que influyen en la creación de los conceptos básicos para servir de cimientos en la educación sexual, es cada día más importante y necesario. La labor de los sociólogos, psicólogos, educadores sexuales, biólogos, médicos, etcétera, es determinante en cuanto a las estrategias de educación, que deben ser útiles, prácticas y aplicables a una población cada vez mayor.

Así, estos sectores podrían elaborar programas donde participen los niños, adolescentes, adultos y la comunidad en general, solicitando el apoyo de los medios masivos de comunicación (radio, televisión, revistas, periódicos, videos, etcétera).

De acuerdo a lo mencionado anteriormente propondría además, iniciar la prevención, entendiendo esta como una medida que proporcionará elementos fundamentales para evitar conflictos y para lograr el desarrollo de una sexualidad sana.

Para iniciar la prevención, tomaría como punto de partida tres niveles: los niños en nivel primario (población sin riesgo), en el nivel escolar medio los adolescentes (población en riesgo), y con hombres y mujeres adultos (terapias de intervención):

La creación de ciertos conceptos básicos escogidos para servir de cimientos de la educación sexual en los años de enseñanza elemental es muy importante, los niños se interesan por el crecimiento de los seres vivos, sienten curiosidad por el origen de la vida, como surge y se desarrolla y como se reproduce esta nueva vida, así como el autoconocimiento de su cuerpo y el del sexo opuesto.

En esta etapa, se buscaría que los niños participen junto con los terapeutas y maestros creando un clima de confianza para que los niños hagan suyo un marco constructivo de la sexualidad, mediante dinámicas que dejen en ellos una experiencia grabada.

En el nivel escolar medio (adolescentes), ya que por la edad el individuo (hombre o mujer), se encuentra en un punto crítico de su desarrollo - crecimiento acelerado, cambios fisiológicos, acompañados por temores y tensiones - los conocimientos adecuados acerca de los sentimientos y actitudes sobre estos cambios fisiológicos y las razones de ellos, serán fundamentales en su desarrollo y actitud acerca del sexo.

Las motivaciones y actitudes que tienen los adolescentes los convierte en población en riesgo, muchas de las veces obedecen a un aspecto, no entienden que hay atrás de un evento que les está ocurriendo. Un gran número de problemas es el resultado de la experiencia del primer encuentro con la sexualidad y los factores favorables o desfavorables que en ésta se encuentren.

La información adecuada y precisa le proporcionaría a los adolescentes los conocimientos que le permitirán evaluar y afrontar efectivamente las consecuencias biológicas, socioculturales, psicológicas y sanitarias de varios tipos de conducta sexual.

La aplicación de cuestionarios de conocimientos y actitudes sexuales y sus resultados, nos darían la pauta para iniciar pláticas de información sexual de una manera clara y concisa, apoyados en dinámicas de grupo y juego de roles, para crear un ambiente de confianza y participación, poniendo énfasis en los siguientes temas:

- a) ¿Qué es la sexualidad?
- b) Sistemas reproductores
- c) Comunicación
- d) Afectividad, atracción y amor
- e) La responsabilidad y el respeto en la conducta personal y sexual
- f) La relación de pareja
- g) Embarazo y parto
- h) Paternidad responsable
- i) Enfermedades venéreas y SIDA
- j) Abuso y adicciones

Asimismo, se utilizaría material didáctico como videos, libros de consulta, visitas a museos, asistencia a programas de sexualidad en la radio y la televisión, con el fin de que el adolescente pueda manifestar sus inquietudes, aclarar sus dudas y adquirir el conocimiento.

Finalmente, la intervención con adultos, terapia de pareja:

- 1) La elaboración y aplicación de un cuestionario de conocimiento y actitud sexual.
- 2) Un espacio en blanco para que el individuo, si así lo desea, pueda incluir algún incidente que considere importante.
- 3) Pláticas breves e ilustrativas de información sexual con base a las deficiencias detectadas
- 4) Juego de roles con apoyo audiovisual
- 5) Ejercicios de relajación profunda
- 6) Desensibilización sistemática
- 7) Fantasías y juegos eróticos como ejercicio privado en casa.

Las medidas preventivas son de singular importancia, ya que de acuerdo a un reportaje reciente de la OMS (1998), los segmentos más vulnerables a las enfermedades sexuales, son las mujeres y los niños, las consecuencias están siendo devastadoras ya que afectan a la población en edades activas y productivas, que más tarde inciden en la economía de los países.

La falta de información, el acceso a esta con limitaciones o deficiencias, la religión, la familia y en general la cultura, son factores sociales y psicológicos que influyen dramáticamente en la vida de las personas.

La educación sexual promueve la salud como una integración de los aspectos somáticos, emocionales e intelectuales del ser sexual, de manera que enriquezcan y amplíen la personalidad, la comunicación y el amor.

La necesidad de un cambio de actitud individual y colectiva es cada día más clara, con respecto a la educación sexual, los valores y proyectos de vida de las personas deben mejorar con una educación más abierta y sensible a los problemas que enfrenta actualmente la humanidad.

6. REFERENCIAS

- ALVAREZ GAYOU J.L. (1979) Elementos de sexología
Cap. 10, Disfunciones sexuales y terapia.
México, 85-93.
- ALVAREZ GAYOU J.L. (1986) Sexoterapia integral
El Manual Moderno, México.
Págs. 11-17, 55-69, 117-127
- AUSUBEL (1965) Psicología educativa
Edit. Trillas, México.
- AZRIN N.H. Y COLS. (1973) Reciprocit y Counseling: A rapid Learning
Based procedure for marital counseling. Behavior
Research and therapy pergmon
- BACKUS (1975) A systems approach to marital process journal of
marriage and family counseling
Volúmen I. Págs 251-258
- BARRY L. DUNCAN Y JOSEPH W. ROCK (1993) Meiore su vida conyuqal aunque su pareja se oponga
Edamex, 1993.
- BAUTISTA ALFREDO (1982) Diferencias entre parejas funcionales y parejas en
conflicto, Tesis de Maestría en la U.L.A., Pág. 92-100
- BECK AARON T. (1996) Con el amor no basta
Paidós Méx. Págs. 397-430..
- BURT J. JOHN Y BROWER MEEKS LINDA Educación sexual, información y planes de

- (1986) enseñanza
Interamericana, Philadelphia, 1986.
- CARRIZO H. Y MURGA R. S. (1982) Las Relaciones Sexuales en la Pareja
Sociedad y Sexualidad, CONAPO. Vol. 2. Págs. 59-69
- CASO AGUSTIN. (1979) Fundamentos de Psiquiatría
Trastornos psicósomáticos genitourinarios
Edit. Limusa Pag. 949-951
- CENTRO DE UROLOGIA ANDROLOGIA Y SEXOLOGIA. CUAS. Andrología y Sexología, CUAS, Microsoft Internet Explorer
Pág. 1-3, 1997
- COMFORT, ALEX (1987) El placer del sexo
Blume, Barcelona, 1987.
- CORONA VARGAS ESTHER (1942) Memoria Encuentro Nacional, Educación Sexual en México, Realizaciones y Perspectivas en el Decenio de los Noventa.
The John D. And Catherine T. Mc. Arthur.
Foundation FNUAP. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- CORRAZE JACQUES. (1985) Las Terapéuticas en Sexología
Fondo de Cultura Económica. Pags. 105-111
- EICHER W. (1978) Estudios de Sexología, Ediciones Morata, colección sexología, págs. 223-241
- ELIZONDO CASTRO G. (1991) Estudios de la Influencia de la Relación Premarital en la Satisfacción Marital.
Tesis Profesional de la U.L.A., Capítulo 1, Pag. 10-

- 12, 33-38-88-92
- FREIDBERG ANATOLIO (1985) Un Enfoque Humanista a la Terapia de Pareja.
Edit. Lima Impresores, págs. 27-31, 52-69, 151-176, 197-200.
- FROMM E. (1975) El Arte de Amar
Editorial Paidós, México
- GIRALDO NEIRA O. (1981) Explorando las Sexualidades Humanas
Edit. Trillas Méx.. Págs. 119-140
- GISPERT GENER CARLOS (1989) Disfunciones sexuales
CONAPO, Enciclopedia de la Sexualidad
Volumen 2, Barcelona. Págs. 289-317.
- GONZALEZ G. Y DIAZ J. (1993) Implicaciones del curso y la situacionalidad en el abordaje diagnóstico y terapéutico de las disfunciones sexuales.
Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de la Federación de Sociedades Pro salud Mental
D.F.
Sexualidad la Experiencia Humana
Edit. Manual Moderno, Pág. 360-370
- GÜEMEZ TRONCOSO JOSE (1983) Autotratamiento de las Disfunciones Sexuales.
Capítulo VIII, CONAPO.
- HAWTON KEITH (1985) Terapia Sexual
Ediciones Doyma, Barcelona, Págs. 26-55; 194-203
- HEIMAN R. J. (1986) Treating Sexually Distressed Marital Relation. Ships.
En Clinical Handbook of MaritalTherapy. Eds. Neils

- S. Jacobson y Alan S. Gurian. Nueva York.
De Guildford Prees Pág. 1-33. Tesis de la U.L.A.
- HEMMING JAMES Y MAXWELL ZENA (1982) Amor y sexo, una visión natural de la relación hombre-mujer
Logos, México.
- HERNANDEZ, C. (1990) Terapia familiar sistémica, una revisión teórico-práctica
Tesis, ENEP Iztacala, UNAM
- HERRASTI, A. (1989) Nuevas perspectivas para la integración de la pareja
Porrua. México.
- HOGAN D.R. (1978) The effectiveness of sex therapy a review of the literature
J. Lopiccolo, Edit. Hanbook of sex therapy, New York, Plenumm press.
- JACKSON D.D. Y WEAKLAND J.H. (1961) Conjoint family therapy
Psychiatry Vol. 24. Págs. 30-45
- JURG, W. (1985) La relación humana, pareja y conflicto
Morata. México.
- KAMIKIHARA GRACIELA (1992) La Teoría de la Comunicación Humana y su Aplicación en la Terapia Familiar desde el punto de vista sistémico
Tesis de Licenciatura, ENEP Iztacala
- KAPLAN, H. S. (1978) La nueva terapia sexual
Alianza, Madrid, Págs.100-128-224-261
- KATCHADOURIAN H. Y DONALD T., Las Bases de la Sexualidad Humana
- LUNDE M.D. (1983) Stanford University, Edit. C.E.C.S. A. Págs. 436-439

- LEMAIRE JEAN G. (1976) Terapia de Pareja
Amorourtu, Buenos Aires Págs. 6-13, 70-83
- LEMAIRE JEAN G. (1986) La Pareja Humana, su vida, su muerte, su estructura.
Fondo de Cultura Económica. Págs. 261-277,.
- LOPEZ J. (1983) La Relación Sexual en el Matrimonio
Pax Méx.
- MASTERS W. Y JOHNSON V. (1978) El Vínculo del Placer
Editorial Grijalbo, Barcelona
- MASTERS W. Y JOHNSON V. (1987) La Sexualidad Humana
Grijalbo, Vol. 3, Págs. 561-570
- MC. CARY JAMES. Y S. MC. CARY (1981) Sexualidad Humana
Manual Moderno, Cap. 20, Págs. 297-324
- MINUCHIN S. (1974) Familias y Terapia Familiar
Editorial Granica, Barcelona
- MONROY A. GERMAN (1993) Fisiología del Erotismo Humano en la Antología de la Sexualidad Humana. CONAPO, Porrúa.
- MORGAN ISABEL. (1982) La Sexualidad en la Historia
Sociedad y Sexualidad. Vol. 1, CONAPO, Págs. 155-159
- NIESVISKY ISZAEVICH S. (1992) Expectativas y Actitudes hacia el Matrimonio y su Relación con el Proceso de Identidad de Acuerdo con el Ciclo Vital en una Población de Estudiantes Universitarios
Tesis en Psicología Social de la U.L.A., Capítulo 4
- NOVOA G. C. (1988) Problemas Maritales una alternativa de trabajo
Tesis de Licenciatura, ENEP Iztacala

- OTTO A. HERBERT Y OTTO ROBERTA Sexo total
(1989) Grijalbo, 1989.
- PEREZ GALICIA LAURA E. C. (1989) Estudio Exploratorio de la Influencia de los Celos sobre la Satisfacción en la Relación de Pareja.
Capítulo III, Tesis de la U.L.A.
- PETER A. MARTIN (1994) Manual de terapia de pareja
Amorrortu, Cáp. 6,7,8, 1994
- RAGE ATALA ERNESTO (1996) La Pareja, Elección, Problemática y Desarrollo.
Editores P.Y.V. de la U.I.A
Págs. 161-178, 237-286
- ROQUE BAEZ LOURDES (1994) El Funcionamiento Familiar y su Relación con la Satisfacción Marital.
Tesis de Maestría en la U.L.A., Pág. 25-38.
- RUBIO E. (1982) La Sexualidad en la Historia
CONAPO, Vol. 2, , Págs. 187-207
- RUBIO AURIOLES E. (1992) Teoría General del Sistema y Terapia Sexual
Revista del residente de psiquiatría No. 3
- RUBIO AURIOLES E. (1993) Reflexiones sobre nuestra sexualidad y la salud sexual
Conferencia presentada en la Universidad de las Américas, marzo 1993
- RUBIO AURIOLES EUSEBIO (1994) Antología de la Sexualidad Humana.
CONAPO, Volúmen 1, Porrúa. Págs. 17-43,
- RUBIO AURIOLES EUSEBIO Y DIAZ Las Disfunciones Sexuales. Antología de la
MARTINEZ JOSE (1994) Sexualidad Humana. CONAPO, Volúmen III, Porrúa.
Págs. 203-243,

- SAGER CLIFFORD J. (1980) El Sexo en el Matrimonio, Contrato Matrimonial y Terapia de Pareja, Amorrortu Editores, Pág. 217-239
- SALOMON (1974) Manual de Psiquiatría
Manual Moderno, Págs. 161-171
- SANDERS ROMERO ALEJANDRO (1987) Amor y comunicación, fenomenología de la comunicación
Avante, México.
- SAPENA OSCAR PASTOR (1997) Disfunciones Sexuales, Art. 1 Feb. del '97
<http://wgserv.guanta.com.py/userweb/sexop/art.001.htm>
- SATIR, V. (1991) Relaciones humanas en el núcleo familiar
Pax Méx.
- SZPIRMAN DE SCHERSON E. (1989) Construcción de Cuestionarios Para Evaluar la Satisfacción entre la Relación de Pareja
Tesis Profesional de la U.L.A., Pág. 8-46
- TORDJMAN G. (1981) La Violencia, el Sexo y el Amor
Colección Libertad y Cambio
Gedisa, Págs. 1511-179
- TORDJMAN GILBERT (1988) La Pareja, Realidades, Problemas y Perspectivas de la Vida en Común, Grijalbo. Págs. 171-195.
- WOOLRICH D.J. (1984) Urología e Introducción a la Sexología
Edit. Actualizada, Págs. 513-517