

31921

A 145



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

"TERAPIA SEXUAL CON PROGRAMACION
NEUROLINGÜISTICA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES
CON DISCONTROL EYACULATORIO".

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

ROSA ELVIRA / RAMIREZ LUEVANO

ASESORES: MTRA. MARIA ANTONIETA DORANTES GOMEZ
LIC. JORGE GUERRA GARCIA
MTRA. MARGARITA MARTINEZ RIVERA



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEX.

JULIO 2003



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.



AGRADECIMIENTOS

A MI HIJA XIMENA:

Por que cuando vi tu rostro por primera vez, me sorprendí de la inmensa capacidad de amar que tiene el ser humano y por que eres una fuente constante de motivación. Ahora la vida tiene otro sentido y todo vale la pena por verte sonreír. Sabes? Quiero que sepas que eres la personita más importante en mi vida.

A CARLOS, MI ESPOSO:

Gracias por el inmenso apoyo, amor y comprensión que me has brindado siempre, por ser parte importante de este proceso y sobre todo por tu paciencia, por que en los momentos en los que pierdo la cordura, haces que todo sea más fácil, en fin, gracias por hacerme sonreír y por darle a mi vida otro sentido.

A MIS PADRES Y HERMANOS:

A mis padres que con sus recursos me impulsaron a ser quien soy y a lograr todas mis metas, por todo su amor incondicional, lealtad, consejos y apoyo. A mis hermanos a quienes adoro y espero transformen su vida. En especial a ti mamá que me enseñaste a ser la mujer que soy, por estar conmigo siempre que te he necesitado, con todo mi amor, admiración y respeto.

A TODA MI FAMILIA, A LOS LUÉVANO:

Por que siempre me he sentido sumamente afortunada de contar con su apoyo, por que son una fuente de admiración y motivación para lograr mis metas. A todos ustedes con todo mi amor y en agradecimiento. También a mis primos por que ellos son parte de este proceso de cambio y estuvieron siempre a mi lado. En especial a Andrés, Fer, Ale y Elisa por su paciencia y por su ayuda en el diseño.

A MIS ABUELITOS, ANTONIO Y ROSA LUÉVANO:

Ya que desde chica recuerdo con cuanto amor me vieron crecer y siempre estuvieron ahí para darme su cariño, me siento afortunada de que los disfrute y aún tengo en mi mente todos esos momentos felices de mi infancia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6

A DULCE ACEVEDO, TANY, ENRIQUE Y LIDIA:

Por que su ausencia aún duele y como me gustaría que estuvieran aquí, por que recuerdo bellos momentos con ustedes. En homenaje a los grandes ausentes.

A MIS AMIGOS:

Rita, Rosario, Efrén, Tadeo, Carlos, Poiré, Lucy y en especial al Lic. Jesús Sepúlveda por que siempre tuvieron una palabra de aliento y por compartir conmigo sus experiencias.

A LOS PACIENTES.

Por que gracias a ellos este trabajo es posible y por brindarme la oportunidad de generar habilidades dentro del área clínica.

A TODOS MIS ASESORES: JORGE, MARGARITA, JESÚS, JUANITA Y EN ESPECIAL A TI, ANTONIETA:

A ustedes por su inmenso profesionalismo, quienes con sus conocimientos, habilidades y sugerencias hicieron de este trabajo una verdadera oportunidad de explorar otras formas de cultivar el conocimiento y sobre todo por que sin ustedes no habria tenido la satisfacción de conocer al gran ser humano que son. En fin, gracias por ser testigos de este proceso y un motivo para ser tan profesional como ustedes.

A VERÓNICA ORTÍZ, FRANCISCO DELFIN LARA, OSCAR CHAVEZ LAINZ, JUAN LUIS ALVAREZ-GAYOU JURGERSON, ALMA ALDANA, LEÓN ROBERTO GINDIN, JOSÉ LUIS VÁZQUEZ, ANABEL OCHOA, PATY KELLY, EUSEBIO RUBIO AURIOLES, DAVID BARRIOS, ANA MA. OCAÑA Y A LOS SEXÓLOGOS PIONEROS POR HACER DE ESTA DISCIPLINA TERAPÉUTICA UNA DE MIS METAS EN LA VIDA.

Un agradecimiento especial a ti Verónica que empezaste a motivar en mí la inquietud de informarme y dedicarme a la sexualidad, por el significativo que sembraste como "Taller de Sexualidad" y que por este medio conocí a los sexólogos más prestigiados en México. A ustedes los expertos en materia sexual por todas sus sugerencias, comentarios y motivación que me brindaron a lo largo de este proceso y por que son una fuente de admiración para continuar actualizándome profesionalmente, seguramente aún queda mucho por conocer y que mejor de sus propios labios, nos seguiremos viendo en este proceso de conocimiento y recuerdo gratamente cuando los conocí en el congreso de Aguascalientes.

Í N D I C E

RESUMEN		3
INTRODUCCIÓN		4
CAP. 1 DISFUNCIONES SEXUALES Y TERAPIA SEXUAL.		
1.1	¿Qué es una disfunción sexual?	12
1.2	¿Cuáles son las disfunciones sexuales masculinas y femeninas?	16
1.3	¿Qué es el discontrol eyaculatorio?	19
1.4	Etiología del discontrol eyaculatorio	23
1.5	Psicofisiología del discontrol eyaculatorio	29
1.6	Repercusiones del discontrol eyaculatorio	30
1.7	Programa Terapéutico y Evolución	33
CAP. 2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS, EVOLUCIÓN Y ACTUALIDAD DE LA PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA.		
2.1	¿Qué es la Programación Neurolingüística (PNL)?	39
2.2	Historia y Fundamentos de la Programación Neurolingüística	43
2.3	Evolución y Actualidad de la Programación Neurolingüística	49
2.4	Alcances y Objetivos de la Programación Neurolingüística	53
CAP. 3 TÉCNICAS TERAPÉUTICAS DE LA PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA EMPLEADAS.		
3.1	Factores a considerar para facilitar el proceso terapéutico	56
3.2	Relajación	60
3.3	Visualización Creativa	61
3.4	Metáforas	66
3.5	Línea de Vida	68

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CAP. 4 ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL PACIENTE CON DISCONTROL EYACULATORIO.

4.1	Principios de Psicoterapia Sexual	71
4.2	Metodología	72
4.3	Evaluación (Historia Clínica Sexual)	74
4.4	Formulación (Psicofisiología)	79
4.5	Niveles de Intervención:	81
	a) Ejercicios para realizar en casa:	82
	- Técnica de relajación.	
	- Placereado 1 + Reporte	
	- Placereado 2 + Reporte	
	b) Ejercicios a realizar en el consultorio:	85
	- Técnica de relajación.	
	- Metáforas.	
	- Visualización Creativa.	
	- Línea de Vida.	
4.6	Desarrollo Clínico por Sesiones	86
	RESULTADOS	95
	CONCLUSIONES	111
	BIBLIOGRAFÍA	119
	ANEXOS	128

RESUMEN

A pesar de que esta científicamente comprobado que el tener relaciones sexuales es beneficioso para la salud, no se le ha dado prioridad dentro del sector salud. Se considera que en este ámbito existe una amplia gama de conceptos a difundir: disfunciones sexuales masculinas y/o femeninas, sexo protegido, expresiones comportamentales de la sexualidad, anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual, etc. Quizá la información antes mencionada para una persona no inmersa en el mundo de la terapia sexual le pueda parecer sorprendente y desconocida. Sin embargo, los sexólogos más prestigiados afirman que la disfunción sexual masculina más frecuente en México es el discontrol eyaculatorio, existiendo en un 70% de la población general.

De esta manera, cualquier problema de tipo sexual afecta nuestro entorno inmediato. Considerando lo anterior, entonces entenderemos la gravedad del problema y del por qué es necesario fomentar una verdadera educación sexual. Esta disfunción de la vida erótica es de las más fáciles de tratar, en la cual, lo que se pretende es que el paciente genere la habilidad de prolongar el tiempo que tarda en eyacular.

Por tanto, se planteo el siguiente objetivo: abordar el tratamiento del paciente con discontrol eyaculatorio con dos modalidades terapéuticas, la terapia sexual y la Programación Neurolingüística. Se trabajó con tres varones de 27, 33 y 41 años y como condición fundamental para el tratamiento es que debían tener pareja estable para poder realizar los ejercicios sexuales. La propuesta aquí expuesta es una aportación tanto teórica como clínica, ya que explica los trastornos sexuales y ejemplifica detalladamente como se lleva a cabo el tratamiento. La información se recabo por medio de la Historia Clínica Sexual y las intervenciones terapéuticas utilizadas reflejaron el éxito del tratamiento, debido a la combinación y creatividad que desarrollaron los pacientes para fomentar diferentes formas de hacer el amor en un nuevo contexto y ver su vida erótica de forma lúdica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

El tipo de padecimiento más común en la consulta hipnoterapéutica, al igual que en la mayoría de los consultorios de psicoterapia, lo conforman los problemas de origen sexual y entre estos los más frecuentes son las disfunciones sexuales masculinas, siendo el discontrol eyaculatorio popularmente conocido como eyaculación precoz, la disfunción sexual con la mayor incidencia, existiendo en un mínimo factible del 70% en los hombres mexicanos (Vázquez, 1985).

Wiener (citado en: Gindin, 1991) menciona, que el número de personas con problemas sexuales es seguramente mayor que el que señalan las encuestas, debido a que muchos médicos y terapeutas no exploran de forma sistemática a sus pacientes acerca de su vida sexual, pues no están capacitados en dicha área y mucho menos tienen los elementos y conocimientos necesarios e indispensables de la clínica sexológica.

De esta manera es indispensable abordar un concepto básico de la terapia sexual y del presente trabajo, ¿qué es una disfunción sexual?. Ésta se define como la alteración persistente de una o varias fases de la respuesta sexual humana que ocasionan problemas en el individuo y en la pareja. Al respecto, el Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1996) menciona que las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. Las disfunciones sexuales comprenden los trastornos del deseo sexual (deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo), trastornos de la excitación sexual (trastorno de la excitación sexual en la mujer y trastorno de la erección en el varón), trastornos del orgasmo (disfunción orgásmica femenina, disfunción orgásmica masculina, discontrol eyaculatorio o eyaculación precoz), trastornos sexuales por dolor (dispareunia y vaginismo), disfunción sexual debida a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Todos estos problemas han afectado a la gente que los padece desde tiempos inmemoriales. En la mayoría de los casos, tales disfunciones son provocadas por conflictos psicológicos, pero no siempre. De tal forma, cualquier enfermedad que produzca fatiga, dolor o impida el movimiento, puede incidir negativamente sobre la relación sexual, así como algún daño en el sistema neurológico que controla la excitación, la erección y la eyaculación. En segundo lugar, son muchos los fármacos que inhiben la excitabilidad y la capacidad de respuesta sexual, además de las drogas y el alcohol. Cuando la disfunción se debe a efectos secundarios de cierta medicación, se puede modificar la dosis o probar medicamentos alternativos (Alcalde y Lagunilla, 1998).

El discontrol eyaculatorio se caracteriza por que el hombre no ha desarrollado la habilidad de poder retardar el momento en el que desea eyacular y entre las repercusiones más notables que ocasiona esta disfunción sexual están: insatisfacción sexual de la pareja ocasionando un sin número de problemas entre los que destacan los juegos neuróticos, conductas autodestructivas, baja autoestima, alcoholismo, adicciones en general, divorcios, depresión, maltrato a los hijos, tensión, enojo y afectando el desempeño laboral entre otros.

La etiología del discontrol eyaculatorio es debido a factores psicológicos y sociales, lo cual indica que es indispensable la atención del terapeuta, destacando: el temor al fracaso, la ansiedad, la fantasía catastrófica, la culpabilidad, la represión, la baja autoestima, la falta de información, el desamor, los sentimientos de pecado, un exceso de preocupación por el goce de la mujer, mal aprendizaje, inseguridad, timidez, entre otras. La típica queja de este paciente es que el orgasmo ocurre cuando no lo desean, por tanto, el orgasmo seguira presentándose como un reflejo condicionado: excitación— eyaculación, y lo peor de todo, es que el fracaso que experimentan se transforma en un sentido de incompatibilidad sexual y de culpa, por no dar placer a su pareja. Es importante mencionar que la secuela más grave de este padecimiento, es la disfunción eréctil secundaria (Rodríguez, 1998).

De esta manera, si un hombre se angustia mientras hace el amor, libera adrenalina y noradrenalina a la sangre, éstas llegan a la circulación del pene en menos de un segundo e invierten instantáneamente el proceso de la erección, los vasos sanguíneos del pene se contraen, de forma que entra menos sangre a las vías venosas de salida, se abren

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

bruscamente ocasionando la salida rápida de la sangre acumulada, dejándolo en estado flácido (Kaplan, 1997).

Por tanto, se contempla en el marco teórico lo mencionado por Masters, Johnson y Kolodny (1987): la respuesta sexual humana depende de una serie de reflejos autónomos que funcionan con éxito en las personas que se dejan abandonar a las experiencias eróticas y que no intentan vigilar conscientemente sus acciones y se encuentran en un estado tranquilo, relajado y con armonía emocional. Es bien sabido que los factores negativos como el temor y la tensión tienen un efecto nocivo en la capacidad sexual del individuo, alterando su funcionamiento sexual

Al respecto, Kaplan realizó importantes aportaciones al estudio de la sexualidad humana, específicamente al tratamiento de las disfunciones sexuales, a ella se le atribuye la conceptualización de las disfunciones sexuales en base a su modelo trifásico: deseo, excitación y orgasmo, considerando la trascendencia de los **"procesos psicológicos"** en el desempeño sexual del paciente y reconociendo la angustia como factor causal de una disfunción sexual.

Evidentemente surge así la terapia sexual, en primer lugar como una especialidad para ayudar al paciente a solucionar con eficacia las disfunciones sexuales, partiendo de las técnicas tradicionales que combinan la psicoterapia con ejercicios o experiencias sexuales prescritas, su objetivo es eliminar la disfunción sexual, mejorar la relación de pareja y otras metas del paciente que están íntimamente vinculadas con dicho objetivo: proporcionando conocer y explorar mejor su cuerpo, sus sensaciones eróticas y las de su pareja, así como las posibilidades que ambos tienen de enriquecer su vida sexual. Asimismo, estimula a la pareja a hablar abiertamente acerca de su sexualidad dentro de un contexto natural, orienta sana, objetiva y responsablemente la conducta sexual de sus hijos (Monroy de Velasco, 1986).

Por tanto, dentro de la terapia sexual el paciente debe detectar claramente los componentes de ansiedad, angustia y tensión muscular elevada, en los que cae automáticamente antes de iniciar una relación sexual y que no se da cuenta que permanecen durante el acto sexual, ocasionando un inadecuado desempeño sexual. Esto se debe a que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

gran parte de los hombres mexicanos creen erróneamente cargar con el peso del éxito de la relación sexual.

Araoz (1996), considera que al utilizar la hipnosis y la PNL en la terapia sexual se logra el control cognitivo, se consigue la relajación de la ansiedad y el estrés, el paciente toma conciencia de la importancia de que sus propios pensamientos puedan ser utilizados para mejorar la situación, utiliza la imaginación positiva para beneficio de éstos pacientes y por tanto, se liberan de los procesos fisiológicos naturales para que funcionen normalmente, así el paciente adquiere una nueva habilidad mental de autocontrol sobre sus propios pensamientos, la visión del propio pasado y su funcionamiento físico sexual.

Así, dentro de los tratamientos que se han utilizado en la clínica sexológica, el más antiguo es el de la hipnosis, que es el primer modelo psicoterapéutico que nace en el mundo. La hipnosis, por tanto es un fenómeno neurofisiológico, es una forma en que nuestro cerebro funciona (Vázquez, 1994b). En sí, la Programación Neurolingüística (PNL) es una disciplina creada por John Grinder y Richard Bandler a principios de los años sesenta, en Palo Alto, California. Este modelo terapéutico retoma esencialmente el componente hipnótico y es una serie de "herramientas" que nos permiten realizar cambios rápidos, eficaces, profundos y duraderos en los pacientes. De esta forma nace la PNL producto de las investigaciones en comunicación de John Grinder y Richard Bandler, al cuestionarse qué era aquello que hacía que un profesional de la comunicación obtuviera mejores resultados que otro con idénticos conocimientos (Cudicio, 1992). Las investigaciones fueron realizadas a tres terapeutas mundialmente famosos y especialistas en comunicación terapéutica, que se caracterizaban por realizar terapias que parecían "mágicas", siendo éstos: Fritz Perls, Virginia Satir y Milton Erickson.

De acuerdo al marco teórico, se considera que en el momento en el cual un individuo introduce a su mente imágenes en las que se ve a sí mismo tranquilo y que su desempeño sexual sea el adecuado, desde ese momento en mayor o menor grado se produce un cambio en el paciente que repercutirá positivamente en todos los aspectos de su vida.

Por lo tanto, se puede afirmar que cuando un terapeuta logra de cualquier manera o con cualquier sistema, introducir dentro de la mente de su paciente un significante (idea o imagen) y este ejerce influencia y tiene un efecto positivo en el paciente, a esto se le llama

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

hipnosis (Vázquez, 1994b), siendo el pilar fundamental de todas las técnicas psicoterapéuticas, incluyendo la PNL, tal y como lo afirma John Grinder (1993b): "Si elimináramos el componente hipnótico de cualquier tipo de psicoterapia, ésta simplemente deja de funcionar como tal".

Una característica esencial de la PNL es su particular modo de entender el aprendizaje humano. "En el fondo, lo que nosotros hacemos es desarrollar métodos para enseñar a las personas la manera de utilizar su propio cerebro" (Bandler, 1985-1987, en Weerth, 1998), corroborando lo que menciona Mc Dermott y O'Connor (1996): "la PNL revisa las maneras en que podemos cambiar nuestro estado a través de nuestros pensamientos".

De esta manera, el planteamiento del problema en el presente trabajo es considerar que muchos profesionales de la salud no están capacitados para brindar terapia sexual, debido a que existen grandes omisiones dentro de su formación, teniendo la necesidad de acudir en el ámbito privado a cursos, conferencias, congresos, talleres y diplomados para adquirir los conocimientos de la clínica sexológica, logrando conocer de esta forma enfoques terapéuticos específicos, eficaces, científicos y actualizados, advirtiendo que si la sociedad pretende alcanzar un nivel de desarrollo social esta obligada a impartir una educación más orientada a la Salud Sexual que forma parte del concepto de Salud Mental.

Tomando en cuenta las deficiencias y omisiones en la formación del profesional de la salud, esto le impide brindar terapia al paciente con discontrol eyaculatorio y también a otros padecimientos dentro del área sexológica: la incompetencia eréctil, incompetencia eyaculatoria, eyaculación retrograda, anorgasmia, dispareunia, vaginismo, dificultades para establecer la preferencia sexual, expresiones comportamentales de la sexualidad. Por tanto, lo que se pretende estudiar es cómo se lleva a cabo una psicoterapia sexual y complementarla con PNL.

Considerando lo expuesto, la pregunta de investigación es: ¿De qué manera estas dos modalidades terapéuticas (Terapia Sexual y PNL) pueden ayudar al tratamiento de pacientes con discontrol eyaculatorio? La presente propuesta se enfoca básicamente como una modalidad de hacer terapia sexual y de cómo llevar a cabo este proceso, siendo una aportación tanto teórica como clínica. De esta forma, el estudio de la sexualidad reviste

gran importancia en el ámbito social, ya que dicha área regula mediante normas, prototipos e ideales con el propósito de encauzar y mantener la conducta sexual de una forma determinada.

En el ámbito clínico propone y examina las soluciones a las disfunciones sexuales y a cualquier otro padecimiento de tipo sexológico que impiden al individuo y a la pareja gozar de la plenitud de su vida sexual. Debido a que se presentaron tres casos clínicos es indudable que será una herramienta eficaz en el estudio de cómo llevar a cabo un tratamiento sexológico, ya que explica cómo abordar esta disfunción sexual, siendo una aportación a los conocimientos que el estudiante deba ampliar a nivel clínico. En sí, lo que pretende este trabajo es una nueva propuesta, ya que consolida dos factores de la labor clínica: primero conocer tópicos elementales de la clínica sexológica y en segundo lugar el proponer complementar la terapia sexual con técnicas de PNL para realizar la terapia de forma más eficaz y rápida.

Considerando el marco teórico del presente trabajo, se plantea el siguiente objetivo: abordar el tratamiento del paciente con discontrol eyaculatorio con dos modalidades terapéuticas, la terapia sexual y la Programación Neurolingüística (PNL)

Los objetivos específicos fueron:

- Explicar cuáles son las disfunciones sexuales masculinas y las femeninas para tener conocimiento del área de trabajo del sexólogo y poder brindar un diagnóstico correcto de la etiología de la disfunción sexual que tiene el paciente.
- Conocer la etiología del discontrol eyaculatorio de acuerdo al marco teórico, así como sus repercusiones más importantes.
- Identificar el tipo de intervención que requiere el paciente de acuerdo a sus necesidades y así proporcionar los elementos para que el psicólogo clínico pueda integrar los instrumentos de evaluación y las técnicas terapéuticas en su labor cotidiana.
- La eliminación de sentimientos nada placenteros que ocasionan un efecto negativo en la capacidad del individuo, alterando su desempeño sexual, por ejemplo: la ansiedad, la angustia, el temor a fallar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Entrenar al paciente para que aprenda a relajarse, propiciando que disminuya su tono muscular y así lograr tener control de su reflejo eyaculatorio, mejorando de esta forma la “calidad” de su experiencia y desempeño sexual.
- Enseñar a los pacientes a “aprender a sentir”, esto es, que enfoquen su atención en el acto sexual, permitiéndose disfrutar y estar en el “aquí y ahora”, y no “allá y entonces”, aumentando y mejorando las percepciones visuales, auditivas, kinésticas, olfatorias y gustativas. Logrando así, que el paciente aumente su capacidad sensorial haciendo que sienta más. De esta forma, los terapeutas sexuales han enfatizado la necesidad de despertar todos los sentidos, como un requisito fundamental para disfrutar plenamente del sexo (Araoz, 1996)
- Eliminar los “introyectos” que el paciente tiene de su desempeño sexual, esto es, las ideas o fantasías en las que se ve a sí mismo fallando otra vez.
- La PNL ocasiona que el paciente logre tener mayor atención a las imágenes mentales negativas, teniendo la opción de cambiarlas por positivas, esto es, por fantasías eróticas que le permitan excitarse y disfrutar de la relación sexual, ya que desde los comienzos de la terapia sexual se enfatiza la importancia que tiene la imaginación en el desempeño sexual (Kaplan, 1982)

A continuación se describe brevemente la información que contiene cada capítulo. El primero tiene por objetivo abordar el área sexológica, definiendo cada disfunción sexual masculina y femenina para tener conocimiento de la labor del sexólogo y de acuerdo al esquema de este apartado, se describe la etiología, la psicofisiología y las repercusiones del paciente con discontrol eyaculatorio, así como también explica brevemente las técnicas que han sido utilizadas en este tipo de pacientes.

El segundo apartado explica qué es la PNL, su historia, fundamentos, evolución, actualidad, los alcances y objetivos que tiene esta disciplina terapéutica en la clínica sexológica.

El tercer capítulo describe y fundamenta a grosso modo por qué se utilizan éstas técnicas de PNL.

El cuarto capítulo hace referencia al abordaje terapéutico de este tipo de pacientes, basándose en los principios de terapia psicosexual, la forma de evaluación utilizada es la historia clínica sexual, la formulación, es decir, la psicofisiología de ésta disfunción y desglosar los niveles de intervención, éstos se dividen en: ejercicios que el paciente debe realizar en casa y ejercicios en el consultorio, así como también describe el desarrollo clínico por sesiones, éste está formulado por el objetivo de la sesión y las actividades que se deben de realizar para cubrirlo.

En el quinto capítulo se mencionan los resultados obtenidos y en el sexto apartado se describen las conclusiones a las que se llegó al aplicar éstas técnicas.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CAPITULO 1.

DISFUNCIONES SEXUALES Y TERAPIA SEXUAL.

“El papel de las hormonas es preparar y mantener el escenario para que el drama del erotismo se pueda llevar a término”.

Money, 1961

1.1 ¿Qué es una Disfunción Sexual?

Las Disfunciones Sexuales tienen una incidencia mucho mayor que el padecimiento orgánico más frecuente. Considerando el número de veces al año, en que el paciente intenta tener una relación sexual, suponiendo un promedio de dos a tres veces a la semana, en realidad, al año se obtienen en números redondos de 100 a 150 intentos, en los que el individuo, trata de disfrutar su sexualidad y el resultado es quedar frustrado, insatisfecho, culpable, inseguro, resentido e incluso genera problemas con la pareja.

En 1969 Wiener (en: Gindin, 1991) sostenía que el 75% de los pacientes que consultan a un psicólogo o al médico por otras razones, sufren de problemas sexuales que requieren ayuda. Con lo mencionado anteriormente, no se descarta el pensar que esta cifra siga en aumento. De esta forma, se acepta que el Discontrol Eyaculatorio es la disfunción sexual masculina más frecuente (Gindin y Huguet 1993).

Un estudio realizado por Frank, Anderson y Rubinstein en 1978, (cit. en: Rubio y Díaz, 1994) mostró que entre los adultos jóvenes norteamericanos existe aproximadamente un 50% de discontrol eyaculatorio. En tanto que, Rubio y Covián (1991, en: Rubio y Díaz, 1994), encontraron que de 136 pacientes estudiados en México, el 31% padece de discontrol eyaculatorio (Asociación Mexicana para la Salud Sexual, AMSSAC).

Vázquez (1985) considera que existe el discontrol eyaculatorio en el 70% de los hombres mexicanos, siendo esta disfunción la más frecuente en la consulta de pacientes que tienen problemas sexuales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Álvarez-Gayou, afirma utilizando un tono coloquial que un hombre mexicano es eyaculador precoz, hasta que no demuestre lo contrario (Instituto Mexicano de Sexología, IMESEX)

Antes de la llegada de lo que en Occidente conocemos como "terapia sexológica", la gran mayoría de las personas que tenían alguna disfunción sexual, sean hombres o mujeres, quedaban de por vida encadenados a su problema, debido a que no se conocía un método que les proporcionara la ayuda necesaria para adquirir un mejor desempeño sexual. Debido al enorme desconocimiento científico y objetivo sobre la sexualidad, es que este se convierte en un terreno propicio para que charlatanes o pseudo profesionales de todo tipo.

De este modo, cuando se produce un decremento en la primera fase de la curva de respuesta sexual humana, denominada Estímulo Sexual Efectivo (ESE), en cualquiera de los miembros de la pareja, se tendrá la disfunción denominada: **apatía sexual** ó **trastorno del deseo**. Esta disfunción se caracteriza por la falta de interés para responder a un estímulo sexual, por ejemplo: en el caso de la mujer, es cuando ella no siente apetito sexual, lo que antiguamente denominaban como mujer frígida. En cambio, cuando se presenta un incremento en dicha fase, la disfunción que ocasiona es conocida como **disritmia sexual**, caracterizada por el conflicto que provoca que uno de los miembros de la pareja desee tener relaciones sexuales con una frecuencia mayor o menor que el otro.

Helen Singer Kaplan, en su libro "Trastornos del Deseo Sexual" (1982), describe las disfunciones de la fase del deseo y las técnicas de tratamiento que propone, realizando un interesante análisis de estas dos disfunciones sexuales anteriormente descritas (apatía y disritmia sexual), a las que denomina como: **deseo sexual inhibido** y **deseo sexual hipoactivo**.

En lo referente a la segunda fase de la curva de respuesta sexual humana, denominada: excitación, debe considerarse que el fenómeno predominante es la vasocongestión, lo que ocasiona profesionales de la Salud bien intencionados pero equivocados pretenden curar padecimientos sexológicos que en un alto porcentaje son de origen psicológico, como en el caso del discontrol eyaculatorio, a través del uso de ungüentos naturistas, pastillas, inyecciones, yohimbina, mosca española, cuerno de rinoceronte, testículos del toro o gorila, pene de caguamo ó de venado, aparatos de vacío,

terapia floral de Bach, reiki, shiatsu, magnetoterapia, cromoterapia, terapia neural, acupuntura, electroacupuntura, auriculoterapia, piraminología, etc. Existiendo un enorme enlistado de recursos supuestamente eficaces que se ofrecen al público como soluciones "maravillosas y definitivas" a todos los problemas sexuales.

Este tipo de tratamiento puede llegar a tener un efecto placebo importante en un porcentaje máximo de un 20%, pues solamente en aquellos sujetos muy sugestionables podría llegar a tener un efecto suficiente y duradero, esto explica que continúen existiendo todo tipo de defraudadores que prometen curar rápida y completamente todo tipo de trastornos sexuales. Hoy en día podemos ver en la televisión, anuncios de este tipo de productos ante la indiferencia de las autoridades encargadas de regular la publicidad en materia de Salud.

Afortunadamente, los padres de la sexología moderna, Masters y Johnson, fueron los primeros que empezaron a estudiar la respuesta sexual en el ser humano, de manera sistematizada y científicamente. Ellos realizaron una investigación de la fisiología sexual basada en la observación directa en el laboratorio de más de 10,000 experiencias de actividad sexual en 382 mujeres y 312 hombres (Masters y Johnson, 1981). Los resultados de dicho estudio fueron publicados en su libro: Respuesta Sexual Humana, mostrando que la respuesta tanto en hombres y mujeres podía describirse como un ciclo de cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución, considerando que existen más similitudes de cómo responden sexualmente el hombre y la mujer. Al respecto, el Dr. Juan Luis Álvarez-Gayou (1986) agrega dos fases atinadamente a dicho ciclo: la del Estimulo Sexual Efectivo y el denominado Período Refractario (ver anexo no. 1).

Es importante mencionar que el entendimiento de cada una de estas fases, nos ayudan a comprender y elaborar un tratamiento terapéutico específico a cada uno de los pacientes que acuden a la clínica sexológica.

Por su parte, Helen Singer Kaplan, profesora norteamericana de psiquiatría, realizó importantes aportaciones al estudio de la sexualidad humana, específicamente al tratamiento de personas con disfunciones sexuales, a ella se le atribuye, el crédito por la formulación multidimensional de la respuesta sexual y la conceptualización de las disfunciones sexuales

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

con base a su modelo trifásico de cómo respondemos los humanos sexualmente: deseo, excitación y orgasmo.

Cabe mencionar que Kaplan (1982), considero la trascendencia que tienen los **“procesos psicológicos”** en el desempeño sexual del paciente, reconociendo la importancia de la angustia como factor causal de una disfunción sexual.

Masters, Johnson y Kolodny (1985 en: Rubio y Díaz), definen la disfunción sexual como: la serie de situaciones que menoscaban las respuestas ordinarias en la respuesta sexual del individuo. Álvarez-Gayou (1986) hace mención de ésta, como las alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual que provocan problemas en el individuo y en la pareja. Hogan (1978 en: Rubio y Díaz, 1994), a su vez la define desde un punto de vista conceptual, como la serie de problemas cognitivos, afectivos y conductuales que impiden que el individuo o la pareja tenga o disfrute una relación sexual satisfactoriamente; esto es, llegando al orgasmo. Stuntz (1988 citado en: Rubio y Díaz, 1994) propone que la disfunción sexual es el deterioro (si la causa es orgánica) o la inhibición (si la causa es de origen psicológico) de los aspectos de la sexualidad que impiden la descarga del orgasmo.

En su más reciente publicación, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-IV, 1996, pág. 505), publicado por la American Psychiatric Association de Washington, menciona que las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. Las disfunciones sexuales comprenden los trastornos del deseo sexual, trastornos de la excitación sexual, trastornos del orgasmo, trastornos sexuales por dolor, disfunción sexual debido a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada.

De esta manera, la terapia sexual se desarrolló específicamente con el fin de tratar las disfunciones sexuales, ya que el paciente con este trastorno sufre de una respuesta sexual inadecuada y no goza satisfactoriamente del acto sexual (Kaplan, 1982).

Al respecto, el sexólogo David Barrios (2002), menciona que la terapia sexual no son nada más ejercicios mecánicos para controlar la eyaculación precoz, sino también para darle al varón otra connotación de lo que es ser hombre.

1.2 ¿Cuáles son las Disfunciones Sexuales Masculinas y Femeninas?

Se debe considerar que existen diferentes tipos de disfunciones sexuales, Masters y Johnson sólo realizaron la clasificación en disfunciones sexuales masculinas y disfunciones sexuales femeninas; posteriormente Kaplan (1974, 1975 y 1982), las clasificó de acuerdo a la fisiología, es decir, las consideró cuando la alteración se encuentra, ya sea en la fase vasocongestiva (excitación y meseta) o en la mioclónica (orgasmo) que en la mujer se da la lubricación y en el hombre la erección (ver anexo no. 1).

Es importante mencionar que si se da un incremento en esta fase no ocasiona ningún tipo de disfunción sexual, pero si existe un decremento se produce la ausencia o la deficiencia de la lubricación vaginal, denominada: **hipolubricación** y en el hombre, la falla ocasionará **disfunción eréctil**, esta consiste en la incapacidad del varón para lograr y/o mantener la erección para la penetración y consumación del acto sexual.

Esta definición incluye la pérdida de erección durante el coito antes de la eyaculación. (Meyer, 1979). Anteriormente, se empleaba erróneamente el término **impotencia**, para identificar esta disfunción, siendo este un concepto muy peyorativo.

Es vital subrayar que la **disfunción eréctil** es un importante trastorno médico y se le define como la incapacidad persistente para lograr y/o mantener una erección suficiente para alcanzar una actividad sexual satisfactoria (Serie de Educación Médica)

A pesar de que muchos pacientes pueden estar sufriendo esta disfunción no buscan ayuda o tratamiento alguno. Actualmente, menos del 10% de hombres con disfunción eréctil están siendo tratados, dejando al 90% restante padecer en silencio de esta patología. Esto es lamentable, ya que, en la actualidad existen tratamientos muy eficaces. Pero el tratamiento es irrelevante si el diagnóstico no se realiza, y éste no puede llevarse a cabo sin una comunicación abierta entre médico y paciente acerca de su salud sexual... (Zavaleta de los Santos, 2000)

Retomando la importancia de realizar un diagnóstico de forma correcta para que el tratamiento sea eficaz, es necesario considerar dentro de la entrevista al paciente con disfunción eréctil factores que pueden influir en el desarrollo de esta disfunción, tales como: hipertensión, esclerosis múltiple, trastornos por consumo de alcohol y fármacos prescritos.

Así como el tomar en cuenta que los problemas conyugales pueden influir en la disfunción eréctil se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

produzcan disfunciones sexuales, especialmente las relacionadas con el deseo sexual (CIE-10, 1992)

En la tercera fase (meseta), el incremento o decremento está en relación al tiempo de duración de la fase. El incremento en el hombre provoca **incompetencia eyaculatoria** (incapacidad para eyacular en menor o mayor grado). En la mujer ocasiona **preorgasmia** (es la percepción de estar a punto de llegar al orgasmo y no lograrlo). El acortamiento en la duración de esta fase, provoca disfunción en el hombre, ya que, al ser muy breve acerca la etapa de orgasmo, ocasionando **discontrol eyaculatorio**, popularmente conocida como **eyaculación precoz**.

En la fase del orgasmo, su aumento produce el fenómeno de la multiorgasmia, es decir, que el individuo puede tener más de un orgasmo. En cambio, el decremento produce la disfunción femenina más frecuente: la **anorgasmia** (ausencia de orgasmo), disfunción que también padecen algunos hombres, esto es, la ausencia de placer en el momento de eyacular, no sienten.

La alteración de la última fase de la curva de respuesta sexual, el denominado período refractario, no provoca disfunción sexual, aún cuando algunos ancianos piensan que su alargamiento es disfuncional, esto es natural, debido al envejecimiento de la persona y sobre todo a la condición física.

Considerando el ciclo de respuesta sexual humana, es importante mencionar, que en la mujer puede presentarse en cualquiera de las fases, el **vaginismo**, que consiste en la contractura espástica de la musculatura del tercio distal de la vagina y perineo que puede ser dolorosa (Álvarez-Gayou, 1986)

La **dispareunia** es el dolor vaginal o pélvico asociado a la penetración y coito, muchas veces precediendo al encuentro sexual (Meyer, 1979).

La **anorgasmia subjetiva** es la falta de percepción de placer en las mujeres que si tienen orgasmos, es decir, ellas sienten las contracciones de la vagina, por que su cuerpo si las da, pero no sienten el umbral de satisfacción que caracteriza al orgasmo.

Álvarez Ilerena (1986), menciona que al referirse al orgasmo en el hombre, se da por hecho la eyaculación, y por tanto, esto nos remite a entender que casi siempre los dos se

presentan juntos, sin embargo, en ocasiones se refiere exclusivamente a la eyaculación o al orgasmo de manera independiente, puesto que cualquiera de los dos fenómenos puede presentarse por sí solo.

Las principales disfunciones del orgasmo en el varón son: el discontrol eyaculatorio (eyaculación precoz), la eyaculación retardada o ausente (aneyaculación), la ausencia de orgasmo, la eyaculación retrógrada y el orgasmo aneyaculatorio (Álvarez Ierena, 1986)

La **eyaculación retrógrada** consiste en la alteración de la eyaculación, esto es, que el individuo en vez de eyacular hacia afuera del pene, el semen es regresado hacia la vejiga. El hombre conserva intactas las primeras tres fases del ciclo de la respuesta sexual, pero no expulsa el semen hacia el exterior durante el orgasmo.

El **orgasmo aneyaculatorio** consiste en la no-eyaculación del líquido seminal por la ausencia congénita de las vesículas seminales o por una obstrucción de los conductos eyaculadores. En otras palabras, esta disfunción se refiere a que los hombres alcanzan el orgasmo sin la presencia del líquido seminal.

Al respecto, el **Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales** en su reciente edición, **DSM-IV**, citando textualmente (pág. 505-506), menciona que los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual o por dolor asociado con la realización del acto sexual. El ciclo completo de la respuesta sexual puede dividirse en las siguientes fases:

1. Deseo: Esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo.

2. Excitación: Esta fase consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. Los cambios más importantes en el varón son la tumescencia penéana y la erección. Los cambios más importantes en la mujer son la vasocongestión generalizada en la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina, y la tumefacción de los genitales externos.

3. Orgasmo: Esta fase consiste en el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. En el varón existe la sensación de inminencia eyaculatoria, que va

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

seguida de la emisión del semen. En la mujer se producen contracciones (no siempre experimentadas subjetivamente como tales) de la pared del tercio externo de la vagina. Tanto en el varón como en la mujer el esfínter anal se contrae de manera rítmica.

4. Resolución: Esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Durante ella los varones son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo durante un período de tiempo variable. Por el contrario, las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente.

Los trastornos de la respuesta sexual pueden aparecer en una ó más de estas fases. Cuando hay más de una disfunción sexual, deben explorarse todas. En los criterios de diagnóstico no se intenta especificar la frecuencia mínima de las situaciones, actividades o tipos de contacto sexual en los que puede aparecer la disfunción. Este juicio debe establecerlo el clínico, que ha de tener en cuenta diversos factores como la edad y la experiencia del individuo, la frecuencia y la cronicidad del síntoma, el malestar subjetivo y el efecto sobre otras áreas de actividad. Las palabras "persistente, recurrente o recidivante", en los criterios de diagnóstico, señalan la necesidad de un juicio clínico. Si la estimulación sexual es inadecuada en cuanto al tipo, la intensidad o la duración, no debe establecerse el diagnóstico de disfunción sexual que implique la excitación o el orgasmo (DSM - IV, 1996).

1.3 ¿Qué es el Discontrol Eyaculatorio?

El Discontrol Eyaculatorio o popularmente conocido como Eyaculación Precoz, es la disfunción sexual masculina más frecuente en nuestro país, debido al elevado porcentaje de hombres que acuden a consulta con un profesional de la Salud, ya sea: médicos, psicólogos, urólogos o sexólogos, pretendiendo a través de cualquier método o técnica terapéutica, poder desarrollar el "control voluntario" de lograr prolongar el tiempo del acto sexual, antes de eyacular. Algunas de las definiciones de Discontrol Eyaculatorio son las siguientes:

➤ El hombre que eyacula antes de la penetración o incluso casi en el instante de la misma Sirlin (1973). Esta definición, es poco descriptiva, debido a que muchos eyaculadores precoces alcanzan quizás algunos movimientos dentro de la vagina de su pareja y quizá queden satisfechos con o sin penetración, ya que la sexualidad del ser humano es algo más que genitalidad.

- La definición que proponen Masters y Johnson (1976) es: cuando el individuo eyacula y esto le impide llevar a su pareja al orgasmo, siempre y cuando esta sea orgásmica. En este caso, los autores están vinculando erróneamente la funcionalidad del hombre con la mujer, pues consideran la satisfacción de la pareja como criterio, si la mujer alcanzaba el orgasmo cuando menos el 50% de los coitos, el varón se consideraba libre de este problema. Desde mi experiencia clínica, me permito afirmar, que los hombres que tienen dificultades de desempeñarse sexualmente, se relacionan con mujeres que tienen grandes dificultades para excitarse e incluso alcanzar el orgasmo. Otro elemento que deseo comentar, es que, en algunos de los pacientes, éstos desarrollan la habilidad de llevar a su pareja al orgasmo, antes de penetrarla, ya sea por medio de estimulación manual, oral o cualquier otro medio y de esta manera, ellos puedan eyacular sin sentirse con la presión de que su pareja no llega al clímax por ser ellos demasiado rápidos al eyacular, además, es absurdo que se vincule la funcionalidad sexual de un individuo en relación con la otra persona.
- Kaplan (1997), propuso la siguiente definición de Discontrol Eyaculatorio, siendo adoptada por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría y por la Organización Mundial de la Salud, pues considera la presencia del control voluntario como criterio clínico fundamental: Si el varón no ha desarrollado la habilidad de controlar su reflejo eyaculatorio, es considerado, como eyaculador precoz, ya que él llega al clímax involuntariamente antes de quererlo. Kaplan (1987) hace mención de que este paciente alcanza el clímax tan rápidamente que la relación sexual es con frecuencia decepcionante para ambas partes. La razón de esto es la carencia de un adecuado control voluntario sobre el reflejo eyaculatorio. Una persona normal puede demorar el orgasmo y "dejarlo venir" cuando desea. El eyaculador precoz no puede hacerlo y eyacula en forma refleja, apenas alcanza un nivel crítico de excitación.
- Gindin y Huguet (1993), consideran que la eyaculación precoz es un problema o una dificultad, al no tener control voluntario en el momento de eyacular y es necesario desarrollar dicha habilidad con el correspondiente aprendizaje, ya que cualquier hombre esta en condiciones de adquirir.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Los criterios para el diagnóstico de F52.4 Eyacuación Precoz (302.75), de acuerdo, al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-IV), son los siguientes, citando textualmente:
- A) Eyacuación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee. El clínico debe tener en cuenta factores que influyen en la duración de la fase de excitación, como son la edad, la novedad de la pareja o la situación y la frecuencia de la actividad sexual.
 - B) La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
 - C) La Eyacuación Precoz no es debida exclusivamente a los efectos directos de alguna sustancia (por ejemplo: abstinencia de opiáceos).

En cambio, el sexólogo David Barrios (2002) considera esta disfunción de la vida erótica caracterizada por que el hombre carece de control voluntario sobre su eyacuación y puede llegar a tener la sensación subjetiva de placer y de las contracciones musculares propias del orgasmo, pero le resulta un orgasmo acelerado y empobrecido, de tal manera que por su velocidad e inmediatez sobreviene la eyacuación y la sensación que prevalece es la de frustración. Generalmente el discontrol eyaculatorio es la disfunción de la vida erótica más frecuente de todas y con mucho, la más común en los varones”.

Considero que es correcto definir a partir de la decisión de cada individuo y no en base a los minutos en que el hombre pueda contener su reflejo orgásmico. Erróneamente en el pasado, los médicos intentaron definir esta disfunción a partir del tiempo en que transcurre antes de que el paciente eyacule, la variabilidad de tiempos hace que esta definición no sea congruente, ya que los mismos doctores no adoptaban un tiempo específico y nadie puede establecer un periodo de tiempo exacto.

Al respecto, tras 15 años de experiencia clínica el doctor y sexólogo León Roberto Gindin (1993) menciona que las características esenciales del paciente con eyacuación precoz son las siguientes:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 1) Ausencia de control voluntario sobre el reflejo eyaculatorio.
- 2) Disminución de las percepciones placenteras del orgasmo.
- 3) Le sucede siempre o casi siempre y con todas o casi todas sus compañeras.
- 4) La ansiedad es el acompañante permanente de los hombres que padecen esta disfunción.
- 5) La eyaculación sucede generalmente al introducir o intentar introducir el pene en la vagina o a los pocos segundos.
- 6) Estos hombres obtienen u obtuvieron en el pasado mucho mayor control de la eyaculación con auto estimulación o durante el juego previo al coito.
- 7) Relatan disminución o ausencia de la percepción de las sensaciones eróticas una vez que se sienten sexualmente excitados.

De esta manera, Gindin y Huguet (1993) mencionan que la eyaculación precoz se presenta mucho antes de lo que el paciente desea y se define por la ausencia de su control voluntario, puede ser ultraprecoz, sólo la fantasía la produce sin necesidad de que actúe un estímulo físico sobre el pene.

Por tanto, el discontrol eyaculatorio consiste en eyacular persistentemente con un mínimo de estimulación sexual, antes durante o inmediatamente después de la penetración y antes de que el hombre lo desee. El principal problema es el no saber controlarse y eyacular demasiado pronto. Esta disfunción es uno de los trastornos sexuales más frecuentes en los hombres y es causa de graves conflictos de pareja, infidelidad femenina e incluso ruptura de la pareja.

Las características que presenta este paciente son: que no logra detectar las sensaciones que preceden al orgasmo, ni tiene ningún control sobre la eyaculación y así el hombre se siente insatisfecho con el tiempo en que eyacula, lo cual ocurre antes de lo que a él (y a su pareja) le gustaría. Dicha disfunción se corrige mediante una serie de ejercicios y técnicas muy concretas y fáciles de aprender, que el hombre puede practicar con la ayuda de su pareja. Se trata de ayudar a obtener un cierto control sobre la eyaculación, aprendiendo

primero a identificar las sensaciones que anuncian al orgasmo, para luego aprender a controlar la eyaculación.

En una entrevista, el sexólogo Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson (2001) presidente del Instituto Mexicano de Sexología (IMESEX), señaló que en México una relación sexual dura en promedio alrededor de nueve minutos, mientras que la media mundial es de 17.9 minutos. La brevedad del acto evidencia que la calidad de la sexualidad erótica del mexicano además de ser "bastante pobre" debe ser abordada desde la "disfuncionalidad". El experto en materia sexual, detalló que la disfuncionalidad nacional se mide con base en el promedio internacional. Así, mientras la escala mundial se estima que aproximadamente 33 por ciento de los hombres experimenta eyaculación precoz, en México cerca del 50 por ciento de los varones padecen ese trastorno.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta anomalía se define como la falta de control adecuado sobre la eyaculación, con lo que se llega al clímax involuntariamente antes de desearlo. Al respecto, Álvarez-Gayou comentó que, con base en su experiencia clínica, la insatisfacción sexual es uno de los principales reclamos clínicos de las mexicanas. Así, la eyaculación precoz puede desencadenar a largo plazo incompetencia eréctil, es decir, la imposibilidad para mantener una erección. Otra de las causas por las que los mexicanos carecen de una vida sexual placentera radica en la existencia de infinidad de "mitos, prejuicios, desinformación, falta de educación sexual íntegra y de una aceptación de roles de género basada en diferencias auténticas entre ambos sexos y no en convencionalismos sociales".

1.4 Etiología del Discontrol Eyaculatorio.

Si bien las relaciones sexuales son una función natural del organismo, existen diversos impedimentos que pueden disminuir el placer o la espontaneidad del contacto íntimo. Los menoscabos físicos como las enfermedades, las lesiones, las drogas, alteran a veces cuando no las anulan, las pautas de respuesta sexual. Además, emociones tales como el miedo, la ansiedad, la culpa, la turbación, la depresión y los conflictos de orden vivencial repercuten sobre nuestra sexualidad (Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

Así, el enfoque clínico de la sexualidad estudia las posibles soluciones a estos y otros trastornos, que le impiden al individuo disfrutar de su vida sexual.

De acuerdo a su etiología, el Discontrol Eyaculatorio, se clasifica dependiendo de las causas de origen, que pueden ser: Biológicas, Psicológicas y Sociales (Álvarez-Gayou, 1986)

1) Los factores de origen biológico se subdividen en tres tipos: **naturales, patológicos y yatrogénicos**, incluyendo en esta última categoría a las causas **quirúrgicas y las farmacológicas**.

Las causas biológicas que ocasionan alguna disfunción sexual, se refieren a los diversos factores anatómicos y fisiológicos que pueden alterar la respuesta sexual.

Los factores naturales, se refieren a las modificaciones anatómicas y fisiológicas que se dan producto del proceso natural de evolución biológica de cada individuo, por ejemplo, procesos como el embarazo y la vejez, pueden ser causa del inadecuado funcionamiento sexual.

En lo referente, al efecto que tienen diversas enfermedades y padecimientos sobre la sexualidad, pueden provocar alteraciones en la capacidad de tener placer y nos referiremos a ellas como causas de origen **patológico**. Dentro de este apartado se consideran los padecimientos locales de los órganos genitales, ya sean de origen genético, congénito, degenerativo o infeccioso, también las enfermedades urológicas y ginecológicas que pueden afectar la respuesta sexual del individuo.

Cualquier padecimiento o enfermedad que debilite, provoque dolor o molestias al paciente es factor causal de disfunción, incluyendo: insuficiencia renal, hipospadias, espispadias, enfermedad del Peyrone, diabetes mellitus, lesiones de la médula espinal, oclusión de la arteria ilíaca, hiperprolactinemia, hipogonadismo, artritis, infarto del miocardio y padecimientos menos graves como la gripe, migraña, fractura ósea y esguince.

Definimos las causas **yatrogénicas**, como las que son provocadas por los tratamientos terapéuticos directamente (entiéndase por intervenciones directas de profesionales de la Salud, medicamentos, intervenciones quirúrgicas, maniobras médicas,

sugestiones negativas, etc.). De acuerdo a la forma en que repercuten fisiológicamente éstas se clasifican en: **farmacológicas, quirúrgicas y psicológicas**. La primera hace referencia a las sustancias o medicamentos que son recetados a un paciente y que tienen efectos colaterales sobre su sexualidad, ya que el médico lo ignora ocasionando que el paciente tenga una disfunción sexual. Dentro de las quirúrgicas se encuentran todas las alteraciones que el médico provoca a través de la exploración instrumentada o la realización de una cirugía incluyendo la reconstructiva.

Otro aspecto que no debe descartarse es la percepción que el individuo tiene de sí mismo, ante alguna enfermedad o intervención quirúrgica que dañe la imagen corporal, afectando de esta manera el auto concepto y confianza del individuo, ejemplo de ello son: las amputaciones de miembros, mastectomía (extirpación quirúrgica de una glándula mamaria), histerectomía (extirpación quirúrgica del útero), prostatectomía (extirpación de la próstata), cicatrices o deformidades por accidentes o quemaduras, osteotomía, (sección quirúrgica parcial, superficial o profunda de un hueso).

Por otro lado, algunos de los medicamentos que afectan la respuesta sexual del paciente son: fenotiacinas y butiferas, pueden disminuir el deseo, provocando apatía sexual, ejemplo de ello son el clordiacepóxido, diacepam, los barbitúricos, la espironolactona, la aldosterona, la alfametildopa, la hidralacina, la reserpina, los alcaloides de Rauwolfia, la clonidina y estrógenos usados por varones con carcinoma prostático.

2) Las causas de origen psicológico, se refieren a todo aquel mecanismo de defensa e incluso pensamientos, debido a los cuales se origina alguna disfunción, por ejemplo: la angustia, el miedo, la auto observación, la culpabilidad, la represión, el temor a fallar, la baja autoestima, el desamor, sentimientos de pecado, el resentimiento hacia la pareja. Cada experiencia negativa les convence de que "no pueden". También se incluyen aquí, las reacciones psicológicas ante la cirugía y las enfermedades, por ejemplo: uno de los fenómenos más comunes es el temor a sufrir un daño o morir, como en el caso de las personas que han tenido un infarto o están propensas a sufrir uno, a pesar de que no existe el peligro de muerte, disminuyen su actividad sexual o la anulan totalmente, como lo han

demostrado algunos estudios. Siendo muy importante la ansiedad ante la muerte como factor causal de disfunción sexual (Álvarez-Gayou, 1986)

Hay que considerar también como factor causal, la actitud que la pareja adopte ante estas situaciones (enfermedad, cirugía y sus secuelas).

3) Las causas sociales se refieren específicamente a las condiciones de un grupo social, que pueden afectar la respuesta sexual de un individuo, entre algunas de ellas destacan los mitos y tabúes prevalecientes en lo referente a nuestra sexualidad. Es muy importante mencionar que en los factores causantes del discontrol eyaculatorio, no existen causas orgánicas, ni medicamentos que provoquen que el individuo eyacule antes del momento en que desea hacerlo. Se puede considerar que la etiología del discontrol eyaculatorio es multifactorial, esto es, se debe a la influencia de diversos factores como los aspectos psicológicos y los aspectos sociales. Destacando los siguientes rubros:

⇒ **El miedo o el temor al fracaso** en los hombres es una de las principales causas del discontrol eyaculatorio, ya que ellos creen totalmente que la responsabilidad de tener una relación sexual plena y satisfactoria para los dos miembros de la pareja es solo de ellos, ignorando que cada uno es responsable de su propio orgasmo y como la gran mayoría de las mujeres con quienes se relacionan son mujeres anorgásmicas (que no alcanzan el orgasmo), ellos se sienten responsables de no llevar a su pareja al clímax, no tomando en cuenta que ellas tienen grandes dificultades, para excitarse o para llegar al orgasmo. Por otro lado, ellos piensan que si su pareja no lo logra, ellos "ya no son tan hombres", como si la hombría se debiera medir en esos términos.

⇒ **La ansiedad** como factor causal es muy importante analizar, ya que esta presente en el 100% de los pacientes con discontrol eyaculatorio. Este componente emocional se produce a través de la serie de pensamientos negativos del individuo, ya que se propuso retardar la eyaculación. La ansiedad es la sensación producto de la necesidad imperiosa de que el evento que va a suceder, "suceda en este momento". La sabiduría popular reza que cuando una persona tiene ansiedad "se le queman las habas". Este pensamiento propicia que el individuo se acelere, es decir, su desempeño en la relación sexual sea torpe y brusco, propiciando de esta manera un círculo vicioso (ver anexo no. 2)

- ⇒ **La auto observación del paciente que padece esta disfunción es muy común, se observa a cada momento como si se pudiera dividir en dos, la mitad de él esta con su pareja en la cama y la otra mitad toma una silla y se sienta para “criticar” su desempeño sexual, generalmente el modelo a compararse es un modelo idealizado y utópico, sacado de la conclusión absurda a la que el paciente eyaculador precoz ha llegado, la cual es: todos los demás hombres pueden hacer el amor y son mejores que yo.**
- ⇒ **La fantasía catastrófica que tiene este paciente se caracteriza por que el individuo se ve a sí mismo siempre fallando, siempre “pensando” en que le va a ir mal y visualizándose que vuelve a eyacular muy rápido, producto de sus fantasías turbadoras es que vuelva a repetir el mismo patrón, eyaculando otra vez antes de que él lo desee.**
- ⇒ **Las primeras experiencias sexuales por lo general son en lugares donde no existe la facilidad de tener relaciones sexuales con tranquilidad, generalmente en el coche, en la casa de alguno de los miembros de la pareja precisamente cuando sus padres o familiares acaban de salir y solo tienen unos cuantos minutos para tener relaciones de una manera rápida. Así, condicionan a su cuerpo a responder automáticamente, creando un patrón de respuesta involuntario e inadecuado del reflejo orgásmico. También cabe citar las primeras experiencias sexuales con prostitutas, en las cuales, casi siempre ellas son amenazantes, tratándolos mal y ridiculizándolos si ellos no se desempeñan de la manera adecuada ocasionándoles inseguridad y evitar tener relaciones sexuales.**
- ⇒ **La falta de información ocasiona que el individuo tenga dificultades en su desempeño y hace que tenga dudas respecto a su sexualidad, también hay que considerar los mitos y tabúes prevalecientes, el que se preocupe de no embarazar a la novia, ocasionando que no disfrute, por no tener conocimiento de ¿cómo cuidarse para evitar un embarazo no deseado?**
- ⇒ **La masturbación por lo general se realiza en el baño de la casa del adolescente, ya que no tiene un espacio o una habitación donde tenga privacidad para tardarse lo que él desee, condicionando y entrenando a su cuerpo a responder de una manera automática.**
- ⇒ **La percepción que ellos tienen de las mujeres, ya que la gran mayoría de estos pacientes se caracteriza por que son criados por madres que son enojonas, consentidoras y sobre todo amenazantes, esta figura materna ocasiona que ellos les tengan miedo y les**

propicia inseguridad en su desempeño sexual, ya que piensan que ellas los van a descalificar, sobre todo cuando la característica esencial de su pareja es ser "exigente, demandante, caprichosa o enojona".

David Barrios (2002) al respecto, considera que los temores de los pacientes con discontrol eyaculatorio sean heterosexuales u homosexuales, es a que su actuación sea aprobada. Básicamente es un temor no hacia el desempeño, sino a los resultados de su desempeño como "hombre". No existe diferencia en los temores que presentan éstos hombres, ya que ambos (hetero u homosexuales) creen que pierden placer y no le dan tiempo al cuerpo a sentir sensaciones placenteras, sólo se excitan y eyaculan. Por tanto, la sexualidad del varón está esencialmente genitalizada, debido a que los mensajes recibidos en la infancia han focalizado su atención sólo en esa parte del cuerpo.

De acuerdo a su forma de presentación, Álvarez-Gayou (1986) considera que las disfunciones sexuales pueden ser:

- **Primarias:** Cuando siempre han existido, por ejemplo: una mujer que nunca ha tenido orgasmos en su vida por ningún tipo de estimulación, ya sea por medio de la penetración en la relación sexual, sexo oral, estimulación manual o fantasías y en el caso del hombre que siempre ha eyaculado antes del momento en que lo desea.
- **Secundarias:** Si aparecen después de un período de funcionamiento sexual adecuado, por ejemplo: cuando el hombre siempre ha funcionado bien pero cuando se entera de que su esposa le fue infiel, posteriormente "inexplicablemente" no logra la erección.
- **Selectivas.** Cuando se presenta la disfunción con una persona y con otra no, por ejemplo, si se existe disfunción eréctil con la esposa pero con la amante no.
- **Situacionales.** Sólo cuando se presentan bajo ciertas circunstancias, por ejemplo: que el joven eyacule rápidamente al estar teniendo relaciones sexuales en el coche.

1.5 Psicofisiología del Discontrol Eyaculatorio.

La respuesta sexual humana depende de una serie de reflejos autónomos (espontáneos) que funcionan con éxito en las personas que se dejan abandonar a las experiencias eróticas y que no intentan vigilar conscientemente sus acciones y se encuentran en un estado tranquilo, relajado y con armonía emocional. Es bien sabido, que los factores negativos como el temor y la tensión tienen un efecto nocivo en la capacidad sexual del individuo, alterando su funcionamiento sexual (Masters, Johnson y Kolodny, 1987) Tomando en cuenta, la importancia de estos factores, en este apartado se describirá de la manera más sencilla, ¿cómo se produce el discontrol eyaculatorio?

Cuando un hombre y una mujer deciden tener relaciones sexuales, no se dan cuenta que si han tenido antecedentes, en los que les ha ido mal, es decir, si no han respondido sexualmente cómo ellos esperaban, lo más seguro es que sigan repitiendo el mismo patrón de conducta. Lo primero antes de iniciar una relación sexual, es que el hombre se de cuenta de ¿cómo se siente ante el contacto íntimo?, ¿qué fantasías pasan por su mente?, ¿cómo visualiza su desempeño en la relación sexual? Es muy importante considerar estos elementos, pues las disfunciones sexuales, no empiezan propiamente en la cama, sino antes, en la serie de pensamientos y fantasías “turbadoras” (negativas) debido a que desde ese mismo momento, el hombre empieza a introducir a su mente imágenes, en las que se ve a sí mismo, torpe, acelerado, angustiado, preocupado e inseguro. Sintetizando todo lo anterior, empieza a ver las relaciones sexuales como un problema o como un examen profesional con todo y sinodales, en vez de ver la relación sexual como una actividad natural, placentera y satisfactoria.

Así, desde el momento en el cual un hombre empieza a “pensar” preocupándose, en cómo le va a ir en la relación sexual, sobre todo, si ha tenido antecedentes de fallas, recordando el pasado y visualizándose hacia el futuro, con las mismas deficiencias, en ese mismo momento empieza a desencadenarse la psicofisiología del discontrol eyaculatorio, debido a que el individuo se pone siempre a pensar en el pasado o en el futuro, generando una **fantasía de tipo catastrófica** (otra vez se visualiza a sí mismo eyaculando muy rápido), en vez de estar en el aquí y ahora, **sintiendo y disfrutando** de la relación sexual. Producto de estos pensamientos turbadores se produce un estado de **ansiedad**, ocasionándole que se

“acelerar” e incluso su conducta sea **torpe**, retroalimentando un círculo vicioso caracterizado por: a más fantasías catastróficas, más ansiedad, más torpeza, más fantasías catastróficas y así ad infinitum. (ver anexo no. 2)

Si el varón o su compañera logran de alguna manera disminuir o atenuar el efecto de este círculo vicioso, la relación sexual podría mejorar. Si no es así, generalmente el hombre inmerso en la ansiedad de fallar durante la relación sexual, responderá defensivamente ante la angustia que le generan sus pensamientos y el exceso de tensión muscular en el área de la pelvis, va a disparar las contracciones musculares automáticas de la eyaculación. (Vázquez, 1994a)

Es muy importante aclarar que los pacientes que sufren discontrol eyaculatorio, en su totalidad, su etiología es de origen psicológico, aún cuando raramente es causada por algunos padecimientos de la uretra y por las alteraciones en el sistema nervioso; hay que descartar la presencia de un padecimiento neurológico, como un tumor de la médula ósea o esclerosis múltiple. En cuanto a los factores de etiología yatrogénica hasta la fecha no hay indicativos de algún fármaco que provoque el discontrol eyaculatorio (Álvarez-Gayou, 1986, pág. 79).

1.6 Repercusiones del Discontrol Eyaculatorio.

Si le preguntáramos a un abogado experto en divorcios ¿cuál es la causa más frecuente de separación?, indudablemente, nos contestaría que la primer causa es sexual y la segunda es el aspecto económico. La influencia que tiene la satisfacción de las relaciones sexuales en el desarrollo de una pareja es vital para su crecimiento, incluyendo obviamente otros aspectos como: la afectividad, la comunicación, el amor, el apoyo, el respeto, etcétera

Si bien, consideramos que cuando una pareja se encuentra a gusto en la cama, aún cuando tengan dificultades con la familia de ella o de él, problemas económicos serios, problemas con la educación de los hijos u otros, ésta pareja no se desintegrará, debido a que el factor sexual juega y ejerce una importante influencia unificadora. La sabiduría popular reza: los problemas se resuelven en la noche bajo las sábanas. Pero en el caso contrario, cuando la pareja tiene dificultades en las relaciones sexuales, esto es, no son satisfactorias del todo y cuando en los demás rubros están más o menos bien, la influencia del aspecto sexual es trascendental, ya que puede ocasionar problemas o dificultades tan serios que

fácilmente llevaran a la pareja a la separación o ruptura, previamente pasando por todos los juegos neuróticos de pareja (celos, manipulación, exceso de control, pleitos constantes, poca adaptación a la pareja, exigencias desproporcionadas, agresiones), violencia intra familiar (síndrome del niño maltratado, violencia hacia la mujer, coartación de la libertad familiar, intentos aparentes de suicidio, entre otros), adicciones de cualquier tipo en cualquier miembro de la pareja, conductas autodestructivas (suicidio, auto abandono, accidentes repetitivos, práctica de actividades o deportes peligrosos), enfermedades psicosomáticas (migrañas, insomnio, úlcera, colitis, neurodermatitis, hipertensión, hipotensión, depresión), enfermedades psicológicas (trastornos del estado de ánimo, baja autoestima, síndrome de imagen corporal, estados disociados del Yo, neurosis en general, psicosis), infidelidad, etcétera.

Por tanto, es importante mencionar y destacar la repercusión que tiene nuestra vida sexual en el desarrollo de todas las demás áreas o actividades de nuestra vida. Como vemos el objetivo de este apartado es abordar las repercusiones que tiene el discontrol eyaculatorio en cualquier contexto del individuo.

Tomando en cuenta lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1975, en: Álvarez-Gayou, 1986, pág. 16) define la **Salud Sexual**, como: "La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor", considerando que se requieren tres elementos indispensables para obtener una buena salud sexual, siendo estos los siguientes:

- La posibilidad de disfrutar de una actividad sexual reproductiva equilibrando una ética personal y social.
- El ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos, ni falacias; en esencia, sin factores psicológicos y sociales que interfieran con las relaciones sexuales.
- El desempeño de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que la deterioren o entorpezcan.

Por tanto, es innegable dudar que la salud sexual es parte del concepto de salud mental, debido a que la sexualidad es un aspecto del ser humano, ya que, no existe ninguna actividad que el individuo realice sin estar matizada de su sexualidad.

Para desgracia en la población de México y a nivel mundial, desafortunadamente, no existe una educación en la que se pretenda impartir una formación educativa de la sexualidad, ya que nadie nos enseña a tener relaciones sexuales o a disfrutar e incrementar el placer sexual. ¿cómo protegerse para evitar un embarazo no deseado?, ¿cómo fomentar la comunicación en la pareja, incluyendo el aspecto sexual?, ¿cómo las mujeres pueden aprender a tener orgasmos y cómo los hombres podrían tardarse más en eyacular?, ¿cómo solucionar los problemas sexuales? Y demás preguntas tanto que se podría hacer una lista interminable, para que desde el nivel preescolar, los profesores tengan la habilidad y el conocimiento de educar tanto a los niños como a los padres en lo que se refiere a la sexualidad. Debido a que en muchas ocasiones, el comportamiento natural de un niño de 3 a 5 años, por ejemplo: el hecho de que se acaricie los genitales constantemente provoca dudas e inquietudes en los demás compañeritos y en el trato que los educadores y los propios padres le den, viendo como algo sucio y obsceno esta actitud, debido a que ellos desconocen que el niño siente placer y es una función natural.

Considerando tan solo este punto, es mejor prever un problema con anticipación, que dejar que el problema nos agobie, por lo tanto, no me explico que no exista una materia de sexualidad en instituciones educativas con licenciaturas en áreas biomédicas (medicina, psicología, enfermería, biología, etc.)?, ya que los mismos estudiantes deberían tener un conocimiento amplio y profundo de la sexualidad; pues ni ellos mismos conocen su cuerpo, ya que solo han recibido materias dentro de la primaria o la secundaria donde se les enseña cómo es el aparato reproductor femenino y el masculino y qué función tienen ó cuales son los cambios físicos al pasar de la niñez a la adolescencia, pero no se les habla e informa de las inquietudes y dudas que tienen respecto a las relaciones sexuales para poder disfrutarlas con responsabilidad.

Es determinante e indispensable en este sentido, capacitar a los profesionales de la Salud en materia sexual, debido a que muchas personas que tienen problemas sexuales necesitan ser ayudadas como por ejemplo: aprender a colocar un condón, la mujer desea

tener orgasmos, los hombre requieren se les enseñe cómo pueden tardar más tiempo en eyacular o qué pueden hacer si en algunas ocasiones han perdido la erección. La gran mayoría de estos pacientes siempre buscan la ayuda de un médico general, pues tienen la idea de que el doctor esta capacitado y los va a ayudar a solucionar su padecimiento, tal y como lo hacen respectivamente en su área un psicólogo, un urólogo, un ginecólogo u otros especialistas. Es por este motivo, la importancia de este apartado, haciendo énfasis en la gran trascendencia que tiene el fomentar la educación sexual, permitiendo prever la aparición de problemas o trastornos en cualquier área de la vida humana, cuyo verdadera etiología es una vida sexual problemática e insatisfactoria.

Un punto de vista muy importante, es el hecho de que se considere como prioritario el impartir materias de sexualidad en cualquier institución educativa, con el propósito de proporcionar a la población nacional información adecuada, actualizada, libre de mitos, objetiva, científica, veraz, respetuosa e imparcial, que le permita disfrutar con responsabilidad su vida sexual y de esta manera, sea posible lograr una buena salud mental.

1.7 Programa Terapéutico y Evolución.

La importancia de este apartado, reside en considerar y explicar a grosso modo, las técnicas terapéuticas que han sido utilizadas en el tratamiento de pacientes con discontrol eyaculatorio, tomando en cuenta que de alguna manera, han repercutido beneficiosamente en el paciente y explicando que dichas técnicas solo consideran el aspecto coital, por tanto, dejan de lado la influencia del pensamiento, las emociones y sentimientos de la pareja disfuncional.

Anteriormente a estos pacientes sólo se les trataba con ejercicios sexuales, denominados por Masters y Johnson como Focalización Sensorial 1 y Focalización Sensorial 2, aún cuando los padres de la sexología moderna realizaron grandes avances en esta área, no señalaron la importancia que ejerce el pensamiento o la cognición y sobre todo, el papel de la imaginación como parte del comportamiento sexual, fue hasta después de una década, en la que la Dra. Kaplan realizó novedosos avances dentro de la terapia sexual, tomando en cuenta estos factores para ayudar eficazmente a sus pacientes, denominando estos mismos ejercicios como: **Placerado 1** y **Placerado 2**.

Dichos ejercicios consisten en que el paciente “**aprenda a sentir**”, esto es, que se deje abandonar a la experiencia, disfrutando de los besos, caricias y del tipo de estimulación que su pareja le realice. De esta manera, cada miembro de la pareja queda libre de la expectativa de tener una reacción específica, por ejemplo: no es requisito indispensable la erección y la mujer no necesita tener un orgasmo; facilitando así su desempeño en la tarea o ejercicio sexual, ya que una vez eliminada la angustia o el miedo al fracaso, esto les permite gozar de la experiencia sexual. También es importante mencionar que este tipo de ejercicios son agradables y novedosos, al hacer cosas diferentes en la cama, y por tanto, ayudan a facilitar la comunicación sexual de la pareja, el cómo dar y recibir placer.

✓ En el ejercicio de **placereado 1**, se le pide primeramente a la mujer que se acueste boca arriba totalmente desnuda, solicitando que se encuentre tranquila o relajada y sobre todo que se deje abandonar a su propio placer, no puede tocar o besar a su compañero o intentar cambiar su rol de pasiva a activa, en tanto que, el hombre va a estar estimulando “todo el cuerpo de su compañera”, por medio de besos y caricias, excepto en los genitales. Después, se intercambian los roles, pasando ahora a que el hombre se deje abandonar a la experiencia y la mujer este besando y acariciando todo su cuerpo, excepto los genitales. La regla básica es que no puede haber penetración (ver anexo no. 5). Esta técnica o ejercicio sexual, como menciona Kaplan (1975) facilita que la pareja aprenda a que puede darse placer con sus manos y sus labios y que no necesitan “producir” la erección o la lubricación vaginal, ni la penetración para darle placer a su pareja, siendo esta experiencia más sensual que erótica. Para mayor entendimiento se sugiere consultar la obra de Kaplan, Manual Ilustrado de Terapia Sexual, donde explican ampliamente estos ejercicios.

✓ En **placereado 2**, se les pide que realicen el mismo ejercicio, estimular todo el cuerpo de su pareja y mencionando que en esta ocasión pueden estimular los genitales de su pareja, pero no se permite la penetración. Las instrucciones que se les dan son las siguientes: “Quiero pedirles que ambos traten de darse placer, al igual que el ejercicio anterior, acaricien todo el cuerpo de su pareja para excitarlo y también pueden estimular y jugar con los genitales, si él no tiene una erección no importa, y si la llegara a tener usted (refiriéndose a su compañera) puede seguir estimulando todo su cuerpo, los testículos o cualquier otra parte de sus genitales. No se preocupe si desaparece la

erección, su papel (dirigiéndome a los dos miembros de la pareja) es disfrutar de las emociones y sensaciones que le ocasiona el que su pareja lo estimule. También en esta ocasión les voy a pedir que sean egoístas, es decir, que solo se dejen llevar por su propio placer, más tarde será el turno de su compañero, recuerden “deben de abandonarse a sus sensaciones y si se les antoja pueden imaginar cualquier tipo de fantasía excitante, todo con tal de aumentar la excitación o el placer sexual” (ver anexo no. 6)

➤ Existe otro tipo de ejercicio sexual para el tratamiento de pacientes con discontrol eyaculatorio, esta técnica fue desarrollada por James Semans en 1956, denominada **“stop-start”** (parar y comenzar, en: Kaplan, 1997) consiste básicamente en pedirle a la mujer que estimule a su pareja, como lo hacen al hacer el amor y en el momento en el cual el hombre tenga una erección, se le pide que se acueste boca arriba y que de preferencia cierre los ojos para no estar atento y observando lo que su pareja le haga, se le pide que se deje llevar por las sensaciones eróticas y cuando este próximo a eyacular le indique a su pareja para que de esta manera, ella deje de estimularlo e interrumpa el proceso. Después de unos segundos, le pide el hombre a su mujer que lo siga estimulando, repitiendo el mismo patrón de parar la estimulación en el momento en el que el hombre sienta la sensación de que puede eyacular, aproximadamente unas cuatro veces. La importancia de esta técnica es que el paciente aprenda a reconocer la sensación de la eyaculación. Posteriormente, después de varios intentos, se le pide a la pareja que ahora realice la misma técnica cuando se de la penetración, adoptando la mujer la posición superior. El hombre pone sus manos en las caderas de la mujer, guiando de esta forma los movimientos, y cuando sienta la sensación de eyacular, entonces detiene el movimiento de ella, poniendo énfasis en que el hombre no se mueve.

➤ Otro ejercicio sexual desarrollado por los padres de la sexología moderna fue la **técnica del “apretón”**, en esencia son los mismos elementos de la técnica de Semans, descrita anteriormente, la única diferencia es que en lugar de proceder a la interrupción de la estimulación, la mujer debe de apretar el pene del hombre, específicamente debajo del glande, apretando con fuerza hasta que el pierde buena parte de su erección y luego vuelve a estimular a su pareja.

Estos ejercicios han contribuido enormemente a la clínica sexológica, aún cuando pueden existir reacciones negativas ante ellos por parte de uno o por ambos miembros de la pareja. Al respecto, es necesario enfatizar que se debe cambiar la actitud errónea de la sexualidad, ya que el relegar al erotismo y centrarse sólo en los genitales, sin concebir a todo el cuerpo como un mapa de sensualidad a explorar nos ocasiona que no disfrutemos plenamente de nuestros cuerpos en la intimidad, siendo el sexo uno de los placeres más grandes de nuestra vida, tal y como lo afirma Lindauer (1992), quien considera que el sexo debe añadir deleite a la vida de la pareja en lugar de tomarse como un deber cargado de ansiedad y agotador. Cada relación sexual es única y cada pareja necesita descubrir lo que la hace feliz, el lenguaje es único para cada pareja y no existe una fórmula para este. Una herramienta que puede contribuir a ello es la exploración, descubrir y encontrar la posición o el medio que proporcione mayor placer, con tiempo y paciencia, la pareja aprenderá la forma para lograr la pasión y satisfacción más profunda.

Como lo señala Tordjman en su libro "Realidades y Problemas de la Vida Sexual": todos los juegos están permitidos, a condición de que sean aceptados y no hieran al otro ni física, ni psíquicamente, corroborando lo que menciona Alex Comfort en su obra: "El goce del amor", el jugueteo es esencial para tener una visión atrevida de la sexualidad. Por lo tanto, se considera que los preliminares no forzosamente deben llegar a la relación coital, sin embargo, lo principal es identificar lo que le agrada a la pareja y a uno mismo y de esta manera explorar la zona erógena más grande de todo el cuerpo: la piel.

Asimismo, O'Neill y O'Neill (1976) expresan que con todo y que existen varias clases de ejercicios para ayudar a las parejas a redescubrirse físicamente y a desarrollar su sensualidad, lo básico es tomar conciencia de sus propias necesidades físicas y facultades receptivas (y las de su pareja) y conocerse físicamente el uno al otro a fondo, explorando activamente nuevos medios de excitación sensual mediante el tacto, el olfato, la vista y el oído. De esta manera, ser más conciente de lo sensual y proyectarlo al terreno sexual puede dar a la pareja mayor goce para ambos. Así se considera que una pareja sexualmente satisfecha es aquella que ha desarrollado sus propios hábitos y gustos, que se guía por sus intereses y se permiten todo lo que a ambos les estimule o excite. La clave de ello depende de la habilidad de la pareja para pedir y describir lo que es personalmente más satisfactorio (Ehrlich, 1989).

En relación con esto, Heiman y LoPiccolo (1990), mencionan que para muchas parejas que están envueltos en una relación duradera la principal tarea es seguir cuidando y cultivando sus relaciones sexuales, lo cual es en función de saber quienes son tanto su pareja como él y conocer el tipo de cambios que experimentan, pero sólo se logrará a través de una comunicación positiva, ya que tendrán que probar actividades nuevas, ensayar algunas caricias un poco diferentes, recurrir a fantasías estimulantes y escenificar algunas de ellas. Además, es probable que cada persona tenga que replantearse algunas ideas sobre lo que es significativo en lo referente a su pareja y a la relación sexual. Todo ello con el objetivo de tener un mejor placer sexual y evitar cualquier disfunción sexual.

Hay que considerar que estos ejercicios no son totalmente eficaces por sí solos, debido a que se debe de considerar también el papel de la angustia, el temor al fracaso u otros aspectos psicológicos que el individuo tiene de su desempeño sexual para solucionar esta disfunción.

El paciente debe de detectar claramente los componentes de ansiedad, angustia y tensión muscular elevada, en los que cae automáticamente antes de iniciar una relación sexual y que no se da cuenta que aún cuando esta teniendo el acto sexual permanecen, ocasionando un inadecuado desempeño sexual. Esto se debe en gran parte a que la mayoría de los hombres mexicanos creen erróneamente cargar con el peso del éxito de la relación sexual y muchas veces esto no es posible, debido a que les hace falta: información, educación sexual y tener más experiencias sexuales.

Es importante reflexionar que en nuestro país es una prioridad crear conciencia de que las disfunciones sexuales son problemas médicos que tienen solución e incluso pueden poner en evidencia otras alteraciones endocrinológicas, urológicas y psiquiátricas que atendidas oportunamente se pueden controlar, tal como lo afirma el doctor Alberto Rish López, en una entrevista concedida a la revista Con... Ciencia de Salud, 2002, asegurando que los padecimientos sexuales son uno de los principales motivos de frustración masculina, ya que el discontrol eyaculatorio es una disfunción que padece uno de cada tres hombres y que por ignorancia o por vergüenza, no es comunicada adecuadamente.

Lo primero en el tratamiento de este tipo de pacientes es que se den cuenta ¿qué piensan y cómo se sienten antes de tener una relación sexual?, pues como ya he explicado

claramente, el problema no empieza en la cama, sino en la serie de pensamientos y fantasías negativas antes de iniciar la relación sexual. Tomando en cuenta lo anterior, se aplicarán los ejercicios denominados placereado 1 y 2 junto con las técnicas de PNL para el tratamiento del paciente con discontrol eyaculatorio. Así, “el tratamiento para el paciente con discontrol eyaculatorio consiste en que a través de la terapia, el paciente aprenda a detectar y controlar su ansiedad, por medio de ejercicios de relajación, después que conozca y reconozcan sus sensaciones de todo el cuerpo y sus genitales y que además descubra nuevas sensaciones”. (Diplomado en Sexualidad Humana, 2000)

CAPITULO 2

ANTECEDENTES HISTÓRICOS, EVOLUCIÓN Y ACTUALIDAD DE LA PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA

“Creo que es muy apropiado describir la Programación Neurolingüística como un proceso educativo. Básicamente desarrollamos maneras de enseñar a la gente a usar su propia cabeza”

Richard Bandler, (1988)

2.1 ¿Qué es la Programación Neurolingüística?

La Programación Neurolingüística (PNL) es una disciplina terapéutica, desarrollada por John Grinder (lingüista) y Richard Bandler (psicólogo) a principios de los años sesenta en Palo Alto, California. Dicho modelo terapéutico retoma esencialmente el componente hipnótico y es una serie de **“herramientas”**, que nos permiten realizar cambios rápidos, profundos, eficaces y duraderos en los pacientes. De hecho, este término considera exclusivamente tres ideas básicas, que son las siguientes:

Programación. Se refiere a todas las maneras que se pueden escoger para organizar nuestras ideas y acciones, a fin de producir mejores resultados, esto es, programar de forma eficaz los componentes de un sistema para lograr el resultado deseado.

Neuro. Describe la idea fundamental de que todo comportamiento proviene de los procesos neurológicos (visión, oídos, tacto, olfato, gusto y sentimientos), entrando en contacto con el mundo a través de nuestros cinco sentidos, y por tanto, dando “sentido” a la información y actuando. La neurología cubre los procesos del pensamiento y las reacciones fisiológicas frente a las ideas y acontecimientos, debido a que todo comportamiento es resultado de un proceso neurológico.

Lingüística. Nos indica obviamente que utilizamos el lenguaje para comunicarnos con los demás y con nosotros mismos, para ordenar nuestros pensamientos y conducta. Siendo los procesos neurológicos expresados mediante el lenguaje verbal y el lenguaje corporal.

La PNL permite al terapeuta ordenar los componentes del pensamiento y organizar la experiencia del paciente, a través de los procesos neurológicos, logrando producir el comportamiento deseado de acuerdo a los objetivos que el paciente quiere alcanzar (Bertolotto Vallés, 1997) Se puede decir que la PNL trata de la estructura de la experiencia humana subjetiva: cómo organizamos lo que **vemos, oímos y sentimos**. Cómo revisamos y filtramos el mundo exterior mediante nuestros sentidos y cómo lo describimos con el lenguaje y reaccionamos intencionalmente o no, para producir resultados.

Al respecto, Mc Dermott y O'Connor (1996) opinan que la PNL revisa las maneras en que podemos cambiar nuestro estado a través de nuestros pensamientos. Sambrano (2000, pág.10) considera que la PNL plantea que no existen fracasos. sólo resultados de la aplicación de una estrategia determinada para lograr una meta. ya que esta disciplina terapéutica nos enseña a trazar objetivos, a modelar conductas para entonces obtener cada vez más competencia en las áreas de nuestro desempeño. Para ello, estudia a las personas que son exitosas (competentes), extrae lo esencial de los ingredientes de sus estrategias y nos invita a imitar, recrear y reproducir el éxito.

Harris (2002) menciona que la PNL trata de cómo las personas consiguen tener éxito, cómo logran mejorar sus vidas para alcanzar sus objetivos. Así, la PNL abarca una gran variedad de procesos y técnicas, debido a que el objetivo principal es ayudar a las personas a desenvolverse mejor en todo lo que hacen. Se concentra en el rendimiento basándose en una serie de principios, siendo éstos los siguientes:

- Una buena actuación se puede modelar (analizar) y transferir de una persona a otra.
- Un alto rendimiento requiere del desarrollo de ciertas habilidades y también desarrollar el correspondiente estado físico y mental.
- Los estados físico y mental se pueden descomponer en pequeños y diferentes elementos y de esta manera modificarse para alcanzar los resultados deseados.

Por tanto, esta disciplina pretende ayudar a cualquier persona a que sea más competente en lo que hace, controle ó incrementa más sus pensamientos, sentimientos y acciones, sea más positiva en la vida y capaz de alcanzar y mantener sus objetivos. Si las personas no tienen dentro de sí mismas el conocimiento, ni los recursos para conseguir su objetivo, la PNL, les ofrece la posibilidad de adaptar las habilidades y formas de pensar de otras personas para incorporarlas a su vida, con el fin de obtener el éxito. De esta manera, ayuda a las personas a identificar su estado actual (cómo piensan, cómo se sienten, qué hacen y qué resultados consiguen), a considerar sus deseos (lo que quieren) y luego desplazarse desde uno hacia el otro.

Lo que hace que la PNL sea efectiva es su capacidad para descomponer una actuación en elementos muy pequeños y tener en cuenta los "procesos internos", como los pensamientos y los sentimientos, así como la conducta "externa", cuando se ayuda a otras personas a aprender a evolucionar (Harris, 2002). Algunas de las características de esta disciplina que menciona esta autora son las siguientes:

- Ayuda a las personas a crear experiencias placenteras, esto lo logra a través de manipular los sentidos y los sentimientos.
- Las respuestas emocionales son a menudo producidas por los pensamientos y es obvio que están en estrecha conexión con ellos, de modo que al cambiar los pensamientos es posible modificar las respuestas emocionales.
- Promueve la capacidad de generar cambios profundos (creencias, valores, etc.)
- Considera que todas las partes de una persona están relacionadas entre sí y que los cambios de una parte se reflejan en todas las demás.
- Permite analizar la forma en que las personas utilizan su "diálogo interno" para modificarlo de manera que sea efectivo para la persona.
- La base de la PNL es el modelado.
- Reconoce la influencia que tiene la mente inconsciente.
- La rapidez con la que se producen los resultados.
- Si algo es posible para una persona, lo es también para los demás.

- No hay fracasos, solamente resultados.
- Si lo que hace no funciona, intente hacer algo diferente.
- Todo comportamiento tiene una intención positiva.

Seymour y O' Connor (1992, pág. 37) mencionan que si la PNL tuviera que ser resumida en un seminario de tres minutos, el director del seminario entraría y diría: Señoras y señores, para tener éxito en la vida tienen que recordar tan sólo tres cosas:

En primer lugar, saber lo que quieren, tener una idea clara de qué meta quieren alcanzar en cada situación.

En segundo lugar, estar alerta y mantener los sentidos abiertos de forma que se den cuenta de lo que están obteniendo.

En tercer lugar, tener la flexibilidad de ir cambiando su forma de actuar hasta que obtengan lo que querían.

Luego escribiría en la pizarra:

Objetivo

Agudeza

Flexibilidad.

Fin del seminario.

En una entrevista realizada por la conductora Tere Bermea en Azteca 13, Bandler (2003) definió la PNL como la conexión que hace que las personas sean más felices es algo muy complejo pero en realidad es muy simple. Destacando que lo importante no es detener el “diálogo interno” (lo que se dice a sí mismo el paciente o lo que le dicen otras personas), sino aprender a utilizarlo para realizar cambios profundos y eficaces en los pacientes. Las personas se preocupan demasiado y deben aprender a verse y sentirse felices. Lo importante no es dar información sobre la PNL sino experiencias agradables, finalizó el experto en materia.

2.2 Historia y Fundamentos de la PNL

La PNL nace producto de las investigaciones en comunicación, realizadas por John Grinder y Richard Bandler, al cuestionarse qué era aquello que hacía que un profesional de la comunicación obtuviera mejores resultados que otro con idénticos conocimientos (Cudicio, 1992). Las investigaciones fueron realizadas a tres terapeutas mundialmente famosos y especialistas en comunicación terapéutica que se caracterizaban por realizar terapias que parecían mágicas, ya que eran prácticamente inexplicables, siendo estos:

⇒ **Fritz Perls.** Médico alemán, creador de la escuela de terapia conocida como Psicoterapia Gestalt, sus técnicas fueron fundamentadas en el componente hipnótico. Una de sus famosas técnicas psicoterapéuticas es: la **“silla vacía”**, donde observamos el adecuado manejo de polaridades. Perls les pedía a sus pacientes que analizaran sus respuestas emocionales a través de procesos que incluyen **“situaciones difíciles”** mediante los cuales, el paciente podía intercambiar modelos desplazándose a un asiento distinto desde el que podía representar un papel diferente, asimismo estudio los síntomas y las resistencias, su enfoque en la terapia Gestalt fue influido por cinco factores: el psicoanálisis, análisis del carácter de Reich, psicología gestal, religión oriental y la filosofía existencial, retomando el concepto del **“aquí y ahora”**.

La terapia gestalt nació en la década de los 40 con la publicación del libro *Ego, hunger and agresión: The Beginning of Gestalt Therapy*, escrito por el fundador de este enfoque psicoterapéutico. Perls fue formado como analista freudiano por Harnick y Reich. Así, en la terapia gestalt el cliente aprende a utilizar el **“darse cuenta”** (awareness) de sí mismo, como un organismo total que es, aprendiendo a enfocar el **“darse cuenta”**, descubre lo que es él y no lo que el deberá. La única forma posible del cambio, dice Perls es la plena aceptación de uno mismo en la situación actual, la cual implica la conciencia plena y ésta abre las puertas hacia la acto actualización verdadera, o sea, el cambio.

Según Perls, la civilización moderna conduce de forma inevitable a la neurosis, ya que obliga a las personas a reprimir sus deseos naturales y, por tanto, los frustra en su tendencia innata a adaptarse biológica y psicológicamente a su entorno; así que elaboró ejercicios específicos pensados para mejorar la conciencia de la persona sobre su emoción,

estado físico y necesidades reprimidas, a través de estímulos físicos y psicológicos del ambiente, ya que sostenía que el descubrimiento intelectual de lo que al paciente le está sucediendo es suficiente para curar el trastorno (Encarta, 1999)

⇒ **Virginia Satir.** Extraordinaria psiquiatra que era capaz de resolver difíciles relaciones familiares que otros terapeutas creían imposibles. Fue reconocida internacionalmente por sus ideas sobre la comunicación humana y autoestima, dedicándose a estudiar las tensiones, desacuerdos, pleitos, baja autoestima y todas las disfunciones que afectan al núcleo familiar para explorar y formular estrategias terapéuticas basadas en la comunicación, pionera en el planteamiento de una especie de “psicogenética” familiar que da cuenta del mantenimiento de ciertas pautas de comportamiento que se van transmitiendo de una a otra generación. Es la única que colabora en forma directa en el trabajo de PNL, siendo coautora de Bandler y Grinder en: “Chaging with familias” 1976.

Desarrolla el modelo sistémico aplicado para resolver situaciones familiares basado en la interacción de la comunicación. Su trabajo se enfoca en la experiencia y en los patrones que tiene la gente para comunicar sus estados de relación tanto interna como externa. Sugiere propuestas de cambio dentro del contexto familiar evidenciando las dificultades de comunicación y enseñando a los miembros formas alternativas.

Coincide con Erickson al considerar la terapia como un proceso dinámico, no estático, evitando las etiquetas diagnósticas, preocupada más en el “cómo” que en el “qué” y en el uso del “aquí y ahora”.

Uno de los métodos de trabajo de Satir es el denominado “**representación de las partes**”, en la que se suponía que los pacientes representarían las características de sus diferentes facetas de personalidad. Un modelo que se asocia con ella es su análisis de cinco diferentes patrones de comunicación, conocidos como “**categorías Satir**”, a los que ella denominó: “acusador”, “conciliador”, “perturbador”, “ordenador” y “nivelador”, teniendo cada uno de ellos sus posturas y modos de comunicación típicos. En lo referente a sus métodos Satir era muy innovadora utilizaba juegos, ejercicios, audio, vídeo, cámara de Gessell, entre otros.

⇒ **Milton Erickson.** El mundialmente famoso hipnoterapeuta que desarrollo la disciplina terapéutica conocida como "**Hipnosis Ericksoniana**". Su terapia fue misteriosa y enigmática para muchos terapeutas debido a la increíble eficacia y rapidez con la que curaba a sus pacientes, quienes generalmente no habían podido ser auxiliados por ningún otro terapeuta, utilizando sistemas que podían parecer caer en lo absurdo o mágico. Su toque personal de hacer psicoterapia, consistía en provocar un estado alterado de conciencia ó hipnosis, por diversas maneras y técnicas, para que de esta forma, el paciente logre sus objetivos, utilizando el poder del componente sugestivo. Erickson fue presidente fundador de la Sociedad Estadounidense de Hipnosis, siendo muy famoso por sus observaciones sobre el comportamiento no verbal y la utilización de metáforas a sus pacientes. Su obra tiene tanta importancia que influyó y fue el pilar fundamental de varias escuelas psicoterapéuticas, tales como:

- **Terapia de Ordalía**
- **Terapia Breve**
- **Terapia Estratégica**
- **Terapia Sistémica Familiar**
- **Programación Neurolingüística**

Es posible visualizar la terapia estratégica de Milton Erickson como una extensión lógica de la técnica hipnótica. La formación como hipnólogo fomenta la habilidad para observar a las personas y sus complejos modos de comunicación, para motivar a la gente de manera que siga directivas y para influir sobre ella mediante las palabras, las entonaciones y los movimientos corporales; también alienta la concepción de que la gente es modificable, el espacio y el tiempo maleables y provee ideas específicas acerca de cómo dirigir a otra persona para que se haga más autónoma (Haley, 1973, pág. 9)

Erickson creía que las personas tienen dentro de sí las capacidades naturales necesarias para superar dificultades, resolver problemas, entrar en hipnosis y experimentar todos los fenómenos del trance. Su enfoque consistía en hacer que esas capacidades naturales emergieran. Se oponía mucho a que en la psicoterapia se pretendiera enseñarle cosas a la gente (Hudson O'Hanlon, 1993).

La tarea del terapeuta consistía en crear un contexto tal que permitiera a los pacientes lograr acceso a capacidades y recursos que antes no habían estado usando para resolver sus problemas. De este modo Erickson se orientaba hacia la solución, su enfoque se basa hacia la persona en particular y su situación, como describe Haley (1973). Así, según el modo de ver de Erickson es el paciente quien realiza la terapia. El terapeuta sólo proporciona el clima, la atmósfera. Eso es todo. El paciente tiene que hacer todo el trabajo.

Erickson utilizaba el lenguaje para acomodarse y liderar la realidad de las personas. Empleaba un lenguaje complejo para distraer la mente inconsciente de los pacientes y permitirles acceder a sus recursos inconscientes. Cuando los pacientes se encontraban bajo hipnosis, Erickson los ayudaba mediante el uso de metáforas y un lenguaje impreciso y abierto, a buscar en su inconsciente los recursos que necesitaban (Mc Dermott y O' Connor, 1996).

En los últimos años de su vida, Erickson se hizo muy famoso, fue públicamente reconocido por su trabajo con la hipnosis, proporcionando la base de gran parte de lo que ahora se conoce como el Modelo Milton en PNL, este es una forma de utilizar el lenguaje para inducir y mantener el trance, con el fin de poder contactar con recursos escondidos de nuestra personalidad, adopta la forma en que funciona la mente de manera natural. El trance es un estado en que la persona está altamente motivada para aprender de su parte inconsciente de manera interior y directa. Respetaba la parte inconsciente de la mente de sus pacientes, suponía que había una intención positiva detrás incluso de la conducta más extraña y que los individuos tomaban, en cada momento, las mejores opciones que podían.

Erickson quien estaba confinado a estar en una silla de ruedas, gustaba de mover su cabeza para hacer que su mensaje viniera de distintas direcciones. Por ejemplo: "Recuerde que usted no tiene que *cerrar los ojos* para entrar en trance". Haciendo hincapié en la orden implícita moviendo la cabeza al decir las palabras que están en cursivas.

A continuación se enlistan textualmente algunas características de la inducción Ericksoniana, según Álvarez (1996):

1. **Enfoque permisivo:** El estilo de Milton Erickson no requiere una respuesta o condiciones particulares para alcanzar el trance, sino que consciente muchas respuestas posibles. Involucra palabras que expresan "posibilidad". Este tipo de enfoque valida

como apropiada cualquier experiencia o respuesta. La mayor parte de los profesionales (incluido M. Erickson) utilizan en la práctica una combinación de los enfoques permisivo y autoritario.

2. **Evocación frente a la sugestión:** Coherente con su orientación "naturalista" Erickson daba por supuesto que todo sujeto posee en su historia personal las experiencias y aptitudes necesarias para desarrollar un trance y para resolver sus problemas. La tarea del hipnoterapeuta consiste en evocar esas capacidades creando un contexto en el que tales aptitudes se manifiesten de un modo natural. Para ello, se apoyaba en elementos tales como:
 - A) La presuposición creando una "ilusión de alternativas" ("¿debe entrar en un trance ligero o prefiere un nivel más profundo?"). La presuposición subyacente es que el sujeto va a entrar en trance de todos modos).
 - B) Indicaciones contextuales que daban al sujeto una sugestión indirecta para que entre en estado de trance (apagar la luz, cambiar el tono de voz, invitar al paciente a que cambie de silla...)
 - C) La copia no verbal modelando la pauta respiratoria, postura o gestos del paciente.
 - D) La copia verbal: Utilizar el mismo vocabulario que habitualmente emplea el paciente.
3. **Confusión:** Para superar las creencias limitadoras mantenidas por la mente consciente, Erickson utilizaba la sorpresa a través de verbalizaciones tan complejas que al paciente le resultaba difícil seguir las o bien introducía un relato dentro de otro.
4. **Metáforas:** El estilo de Milton Erickson se basaba en la narración de relatos metafóricos que incluían sugerencias indirectas encaminadas a la resolución de las dificultades personales del consultante.

De esta manera, los tres terapeutas que fueron filmados y estudiados, tenían una enorme facilidad y capacidad para curar a sus pacientes, utilizando técnicas no muy conocidas y un poco extrañas, creando un modelo psicoterapéutico extraordinariamente eficaz. Y entre las características más notables de estos terapeutas figura el hecho de que se

centran en un objetivo y en la PNL la definición de un objetivo responde a los siguientes criterios:

- Y Formular el objetivo de forma positiva, esto se realiza respondiendo a la pregunta: ¿Qué quieres?
- Y Definir un contexto específico, esto es, tener una definición exacta del objetivo, sabiendo cuándo, cómo, dónde, quién, qué.
- Y Verificar en términos sensoriales, preguntando ¿Qué verás, qué escucharás, qué sentirás cuando hayas alcanzado tu objetivo?
- Y Examinar si el objetivo es alcanzable, planteando la interrogante ¿De quién o de qué depende tu objetivo?, debido a que el objetivo debe de depender absolutamente de la persona.
- Y Verificar la ecología, se trata de constatar las consecuencias del alcance del objetivo.

La observación minuciosa de las intervenciones de estos terapeutas mágicos, llevaron a Grinder y Bandler a descubrir las “técnicas comunes que utilizaban de manera inconsciente y de esta manera, poco a poco, los autores de la PNL descubren y modelan algunos de estos modos operatorios que se vuelven inmediatamente utilizables, denominadas “herramientas” de PNL (Bidot y Morat, 1995, pág. 13)

Por tanto, Grinder y Bandler, no tenían la intención de formar una escuela psicoterapéutica, sino de identificar el modelo terapéutico que utilizaban los mejores terapeutas del mundo, y de esta manera divulgarlo. Aunque los terapeutas que estudiaron eran personalidades diferentes, se dieron cuenta que los tres empleaban patrones similares. “el objetivo perseguido por ellos es modelar la excelencia con el fin de reproducirla, obteniendo así diversas herramientas y técnicas que reúnen bajo la denominación de PNL y que puede definirse como la tecnología de la comunicación y el cambio” (Sary, 1998)

Grinder y Bandler tomaron estos patrones y construyeron un modelo que se emplea para una comunicación efectiva, cambio personal y aprendizaje acelerado. Dichos conocimientos los plasmaron en sus libros:

La Estructura de la Magia I (Lenguaje y Terapia) dedicado a Virginia Satir, explicando los mecanismos por los cuales las personas empobrecen su modelo del mundo, dependiendo de cómo se emplee el lenguaje y cómo usar el metamodelo para librarnos de éstos límites.

En la Estructura de la Magia II (Cambio y Congruencia) se desarrolla el tema de los sistemas representativos y la terapia familiar. Y dos libros sobre el trabajo de Erickson con hipnoterapia. En dichas publicaciones, se menciona que el modelo de comunicación que utilizaron estos terapeutas influyó notablemente en los cambios espectaculares de sus pacientes, y de esta forma, surge la PNL como una disciplina terapéutica.

En su libro de Sapos a Principes (1993a), los autores mencionan las tres pautas fundamentales en las conductas de cada uno de los “magos terapéuticos” que han estudiado, siendo éstas:

1. Saber cuál es el resultado que desean obtener.
2. Flexibilidad en su conducta “tienen que ser capaces de tener una gran flexibilidad de conducta” para descubrir qué respuestas obtienen.
3. Necesitan tener suficiente experiencia sensorial para darse cuenta cuando hayan logrado el resultado deseado.

En la PNL un fundamento básico es que podemos ser capaces de cambiar los programas mentales, reprogramarnos y procesar la información de manera más eficiente. Lo único que debemos aprender es a proporcionarle la información de manera más precisa, sistemática y coherente, al mejor de los ordenadores que se ha conocido jamás, el cerebro (Sambrano, 2000).

2.3 Evolución y Actualidad de la PNL

La PNL evoluciona hacia un esquema terapéutico, basada en el análisis de las técnicas empleadas por los terapeutas mencionados, creando de esta forma una serie de novedosos y simplificados modelos, sistemas y técnicas terapéuticas. Las áreas más importantes del desarrollo de esta disciplina son: en primer lugar como un proceso para descubrir los patrones que le permitan a una persona sobresalir en un campo con un nivel de

excelencia y en segundo, como las formas efectivas de pensar y comunicarse empleadas en psicoterapia.

La PNL es aplicable a una amplia diversidad de áreas: ventas, comunicación, negocios, hipnoentrenamiento deportivo, aprendizaje, salud, etcétera. Su uso en psicoterapia, abarca una amplia gama de trastornos y padecimientos de acuerdo a la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, publicado por la American Psychiatric Association Washington, entre los que podemos mencionar:

- ⇒ Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, incluyendo dentro de este rubro los trastornos de aprendizaje, trastornos de las habilidades motoras, trastornos de la comunicación por ejemplo: del lenguaje expresivo, tartamudeo y otros, trastornos de la conducta como enuresis, encopresis, sonambulismo, psicopes infantiles.
- ⇒ Trastornos relacionados con sustancias, en dicho manual, el término sustancia hace referencia a una droga de abuso, un medicamento o un tóxico, dentro de las cuales se encuentran el alcohol, adicciones a las drogas y tabaquismo.
- ⇒ Esquizofrenia y otros padecimientos psicóticos. La P.N.L. se ha utilizado en algunos pacientes esquizofrénicos con buenos resultados.
- ⇒ Trastornos del estado de ánimo, dentro de los cuales están padecimientos como la depresión, el episodio maníaco, el hipomaniaco, la psicosis, los síntomas catatónicos y otros.
- ⇒ Trastornos de ansiedad, dentro de este rubro destacan: la crisis de angustia, las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo entre otros.
- ⇒ Trastornos somatomorfos como por ejemplo la hipocondría y la neurosis conversiva.
- ⇒ Trastornos ficticios: éstos son los síntomas físicos o psicológicos que son producidos intencionalmente por el paciente o fingidos, con el fin de asumir totalmente el papel de enfermo, también tiene una tendencia a mentir incontrolable y patológica. Dentro de los trastornos facticios psicológicos están los pacientes que suelen quejarse de depresión, pérdida de la memoria, alucinaciones y en el rubro de trastornos ficticios físicos se encuentra el síndrome de Münchausen (pacientes que intentan ingresar o permanecer en el hospital casi toda su vida)

- ⇒ Trastornos disociativos destacando principalmente la amnesia disociativa, el trastorno de identidad disociativo, antes denominado personalidad múltiple, entre otros.
- ⇒ Trastornos de la conducta alimentaria destacando principalmente la anorexia nerviosa y la bulimia.
- ⇒ Trastornos del sueño como el insomnio, hipersomnias, narcolepsia, pesadillas o trastornos por sueños angustiosos, los terrores nocturnos, el sonambulismo, trastornos del sueño por consumo de sustancias.
- ⇒ Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados, como la tricotilomanía, la cleptomanía, el juego patológico, la piromanía, etc.
- ⇒ Trastornos adaptativos que es la aparición de síntomas emocionales en respuesta a un evento identificable, por ejemplo: estado de ánimo depresivo, duelo, nerviosismo, preocupación, ansiedad, quejas somáticas, aislamiento social, inhibición académica o laboral, etc.
- ⇒ Trastornos de la personalidad como la paranoia, el trastorno histriónico, el narcisista, el trastorno obsesivo-compulsivo.
- ⇒ Trastornos sexuales y de la identidad sexual, destacando el trastorno del deseo sexual hipoactivo, trastorno de la excitación sexual en la mujer, trastorno de la erección en el varón, trastornos orgásmicos en la mujer y en el varón el discontrol eyaculatorio o comúnmente conocida como eyaculación precoz, dispareunia, vaginismo y dentro de este rubro también pertenecen las expresiones comportamentales de la sexualidad, denominadas así por el Dr. Juan Luis Álvarez-Gayou, antiguamente llamadas parafilias como el exhibicionismo, el fetichismo, vovyerismo, paidofilia, masoquismo, sadismo, entre otras. De hecho el Dr. Álvarez-Gayou (1986) menciona que la hipnosis es una de las técnicas empleadas en el tratamiento de pacientes con disfunciones sexuales obteniendo muy buenos resultados en un corto periodo de tiempo.

De esta forma, el proponer técnicas de PNL en el tratamiento de pacientes con discontrol eyaculatorio, es muy importante e innovador en la clínica sexológica, debido a que es una herramienta terapéutica muy rápida y sumamente eficaz, ya que nos posibilita

entrenar al paciente a relajarse, para que de esta manera, pueda disminuir su tono muscular y propiciar que tenga control de su reflejo eyaculatorio, mejorando la "calidad" de su desempeño sexual. Así el paciente va a aumentar su capacidad sensorial, haciendo que sienta más.

También nos ayuda a eliminar los "introyectos" que el individuo tiene de su desempeño sexual, esto es, la serie de ideas o fantasías catastróficas o negativas, en las que se ve a sí mismo fallando otra vez, de esta manera, la PNL, ocasiona que el paciente logre tener mayor atención a las imágenes mentales, teniendo la opción de cambiarlas por positivas, por ejemplo fantasías eróticas, y por tanto, el paciente ira desarrollando la habilidad de entrenar a su cuerpo y a su mente para tener control, creando de esa manera un condicionamiento operante.

Dentro del área clínica la PNL contribuye a producir cambios en las interacciones de parejas y familias, de modo que funcionen de una manera más satisfactoria y productiva, en medicina psicosomática, odontología, en pacientes terminales, como prevención de la Salud, dentro del área educativa en educación especial y rehabilitación, educación para la salud mental, con el personal docente en las instituciones educativas, dentro del desarrollo humano para la superación personal, desarrollo laboral y entrenamiento deportivo. Siendo su enfoque muy práctico e innovador, debido a que sus autores están vivos y por lo tanto, sigue en constante desarrollo y diversificación.

Una de las aplicaciones más importantes de la PNL es que es un "programa personal" para el desarrollo de la persona, cada uno puede modelar sus propios estados creativos y recursos y, de este modo, puede acceder a ellos a voluntad. Cuantos más recursos y creatividad tenga a su disposición, más creativo será y de más recursos dispondrá... (Seymour y O' Connor, 1992)

La evolución de la PNL se vincula en el interés que le han prestado los no terapeutas. Aunque en efecto, los primeros asistentes a los seminarios de Grinder y Bandler eran en su mayoría personas inmersas en el ámbito terapéutico y debido a las aportaciones de la PNL se interesaron consultores de empresas, docentes, en lo que respecta a las técnicas de comunicación, cambio y de desarrollo de las competencias.

2.4 Alcances y Objetivos de la PNL

Dentro de los tratamientos que se han utilizado en la clínica sexoterapéutica, el más antiguo es la hipnosis que es el primer modelo psicoterapéutico que nace en el mundo, muchos años antes de que se fundara la psicología como una ciencia. Este modelo fue creado por Franz Anton Mesmer (1734) y en aquella época fue bautizado por el mismo como magnetismo animal para diferenciarlo del magnetismo mineral.

Antes de este suceso la hipnosis estaba sumergida en una etapa mágica caracterizándose por sus aplicaciones místicas, mágicas o religiosas, curando a través de la sugestión y la fe, existiendo antecedentes muy antiguos que se pierden en la historia del tiempo (Oliva Dasy y Prieto Fernández, 1997).

De esta forma, Mesmer inaugura la etapa precientífica de la Hipnosis, utilizándola como un sistema estandarizado y aplicándola a diversos padecimientos donde evidentemente se incluyan los problemas de tipo sexual.

Posteriormente se le llamara "Mesmerismo" y de ahí en adelante tendrá distintos nombres, hasta que llega el Dr. James Braid (1795-1861), creando el término "Hipnosis", que viene del griego "Hypnos" que significa sueño.

La hipnosis es un estado natural de la conciencia provocado por diversos estímulos (voz del terapeuta, péndulo, vela) que se caracteriza por que hay una distorsión en la percepción, una disminución del tono muscular, esto es, el paciente se encuentra relajado y un incremento en la capacidad de sugestión.

De acuerdo a la forma en que se presenta la hipnosis puede ser espontánea o provocada (ya sea autoinducido o heteroinducido).

Cabe mencionar que este modelo terapéutico a través de los años ha cambiado constantemente de nombre de acuerdo al autor, entre los cuales podemos mencionar: relajación, método Silva, autohipnosis, meditación, yoga, relajación dinámica, sofronización o sofrología de Caycedo, relajación progresiva de Edmund Jacobson, entrenamiento autógeno de Schultz, control mental, psicocibernética, hipnosis, gimnasia cerebral, hipnosis activa fraccionada de Fretschmer y PNL.

Dentro de las escuelas psicoterapéuticas que han desarrollado, matizado y utilizado el uso del componente hipnótico dentro del proceso terapéutico están: el Psicoanálisis en todos sus variantes (Sigmund Freud), el Ensueño Dirigido (Robert Desoille 1890-1966), el Psicodrama, (Levy Moreno), la Terapia Gestáltica (Fritz Perls), el Análisis Transaccional (Erick Berne), la Hipnosis Ericksoniana (Milton H. Erickson), la Terapia Breve, Terapia de Ordalía, Terapia Estratégica y la Terapia Familiar Sistémica que fueron creadas a partir de la obra de Milton Erickson, la Terapia Racional Emotiva (Albert Ellis), Bioenergética (Wilhelm Reich).

A continuación se describe una lista de los estudios y tratamientos realizados con hipnosis para explicar las aportaciones de cada uno a la clínica sexológica y para retomar algunas de las características en el tratamiento de pacientes con discontrol eyaculatorio, mencionando los siguientes:

Lo Piccolo y cols. (1972), prescriben el uso de fantasías eróticas para el desarrollo de la excitación sexual y la utilización de ejercicios sexuales. En cambio Kato (1990) utilizó en Japón la hipnosis para el tratamiento de la disfunción eréctil, obteniendo resultados clínicos superiores a otras modalidades (en: Rodríguez, Oswaldo. "Tratamiento psicoterapéutico de la Impotencia". Archivos Hispanoamericanos de Sexología).

Las investigaciones realizadas por Wolpe (1958), Hastings (1963) y Ellis (1966) (en Aroz, 1996) han utilizado técnicas para reducir la ansiedad causada por el desempeño sexual, demostrando la eficacia de la hipnosis en esta área.

Tal y como lo afirma Latorre y Beneit (1992), la relajación se ha convertido en un elemento indispensable de los tratamientos para todo aquel trastorno originado por ansiedad. Wilson (1978, citado en: Aroz, 1996) agrega que los factores cognitivos que producen estrés y ansiedad están presentes en la mayoría de las personas con disfunción sexual, por lo tanto, propone que en la terapia sexual se consideren técnicas para el manejo de estos factores.

Para finalizar este capítulo, me parece importante considerar los aspectos en los que se basa Aroz (1996) para utilizar la hipnosis o PNL en la terapia sexual, siendo los siguientes:

1. Se logra el control cognitivo.
2. Se consigue la relajación de la ansiedad y el estrés.
3. El paciente toma conciencia de la importancia de que sus propios pensamientos puedan ser utilizados para mejorar la situación.
4. Se utiliza la imaginación positiva para su propio beneficio.
5. Se liberan los procesos fisiológicos naturales para que funcionen normalmente.
6. La persona adquiere una nueva habilidad mental de autocontrol sobre sus propios pensamientos, la visión del propio pasado y su funcionamiento físico.

CAPITULO 3

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS DE PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA EMPLEADAS.

"Nuestra mente es un sistema de archivo, no de corrección. La función de borrar no existe en ella, por eso tienes que reescribir Tu pasado. Todo lo que tienes que hacer es enseñar a tu mente a ir hacia una nueva dirección: ir "aquí" en lugar de dirigirse hacia "allá".

Bandler, Richard (1997)

3.1 Factores a considerar para facilitar el proceso terapéutico.

Este apartado hace referencia a la descripción de las técnicas de PNL en la Terapia Sexual. Las aplicaciones de la hipnosis son tan diversas y tan creativas como el número de clínicos que trabajan con ella y los diversos nombres que le han dado a éstas técnicas a lo largo del tiempo, como ya se ha mencionado en el capítulo anterior. Es importante considerar que la hipnosis o PNL es una experiencia individual, ya que no hay dos personas que la experimenten de la misma manera, aunque se les llegue a aplicar la misma técnica. Por eso, antes de describir estas técnicas propuestas para el tratamiento de pacientes con discontrol eyaculatorio, es importante considerar algunos puntos básicos, para que el clínico o cualquier profesional de la salud que acuda a este trabajo, pueda enriquecerse. Empezaré por los factores que el terapeuta debe de considerar en el paciente para continuar con el proceso terapéutico, tal como lo señala Hawton (1988):

1. El terapeuta debe de llamar la atención del paciente, ya que éste es un factor principal en la interacción hipnótica, de esta manera, el paciente debe atender selectivamente y de forma gradual a las sugerencias del clínico.
2. Se debe de facilitar al paciente la disociación mediante los enfoques hipnóticos, ya que permite tener un acceso más directo a los diferentes recursos de la mente inconsciente,

por tanto, esta característica permite que el paciente preste atención y responda a las sugerencias y al mismo tiempo se observe a sí mismo al tener la experiencia.

3. Los factores antes descritos llevan obviamente al aumento de respuesta ante las sugerencias que es vital desarrollar.

4. Es indispensable disminuir el tono muscular en el paciente, esto es, que se relaje, ya que éste es un factor principal, provocando que el paciente se sienta bien. De esta forma, la relajación está asociada con la hipnosis o técnicas de P.N.L., en la cual surgen varios cambios físicos que podemos observar si el paciente está relajándose adecuadamente.

Indicadores Físicos:

- a) Relajación Muscular: especialmente en los músculos faciales, hay que observar antes y durante el trabajo hipnótico para corroborar.
- b) Contracción Muscular: a medida que el cuerpo y la mente se relajan pueden producir espasmos involuntarios que están relacionados con cambios neurológicos producidos por la relajación.
- c) Lacrimación: cuando un individuo se relaja, algunas veces se puede derramar alguna lágrima.
- d) Ojos cerrados y parpadeo: pueden parpadear a gran velocidad sin ser consciente de ello y también pueden producir movimientos oculares rápidos que son observables a lo largo del proceso hipnótico y más si estos métodos implican que visualice mucho.
- e) Cambio del ritmo respiratorio: ya sea que se haga más lento o se acelere, la respiración se puede volver más superficial y la de otras personas más profunda; generalmente la mayoría tienen respiración torácica y otras diafragmática.
- f) Cambio en el ritmo del pulso: puede acelerarse o retardarse, es observable en la arteria carótida del cuello.
- g) Relajación de la mandíbula: muchas veces la mandíbula inferior cae subjetivamente.
- h) Catalepsia: la persona hipnotizada se mueve muy poco.

Estos indicadores físicos están dentro de la relación terapéutica e influyen positivamente si se toman en cuenta. A continuación expondré ciertas condiciones

ambientales que se deben de considerar en las sesiones de intervención, aunque no son absolutamente esenciales, ya que como mencionan Grinder y Bandler (1993) La clave para ayudar al cliente a centrarse internamente sin distraerse con acontecimientos externos estriba en la capacidad del terapeuta para incluirlos en el proceso (Zeig, 1992)

1. Es más útil trabajar en un ambiente relativamente tranquilo, libre de ruidos desagradables, lo cual distraerá al paciente permitiéndole centrarse más en las experiencias internas que en las externas. Sin embargo, esto no sucede, generalmente se escuchan los tacones de la secretaría, el ruido del teléfono, las puertas rechinan o se golpean al cerrar, se escuchan ambulancias, etc. Por tanto, el clínico debe de tener la habilidad de tomar en cuenta estos factores en el proceso terapéutico, de manera que el paciente pueda relajarse.
2. El uso de una iluminación suave y tenue, ya que crea un ambiente agradable para que el paciente se deje llevar durante el proceso, se puede sugerir en este rubro la inducción con vela, ya que se ha visto que es más confortable y relajante para el paciente.
3. El paciente de preferencia debe estar sentado o acostado en una colchoneta en el momento de la inducción, en caso de estar sentado debe de apoyar sus dos pies en el piso y sus manos deben de estar apoyadas en el respaldo de la silla o bien en sus piernas, de ningún modo debe tener sus brazos y piernas cruzados, ya que esto no facilitara la inducción. Si esta sentado debe recargar su cuello en la pared.
4. Pedir al paciente en caso de usar lentes de armazón o bien de contacto que se los quite, así como el saco de su traje, que afloje su corbata y el cinturón para estar más cómodo. Si lleva celular o beeper pedirle que lo apague sólo lo que dura la sesión.
5. El paciente debe ir al baño antes de la inducción.
6. Su pareja no debe de estar presente en la sesión de relajación o de intervención, a menos que el terapeuta lo considere necesario.
7. Se sugiere que si existen ruidos externos desagradables, en caso de que el clínico no tenga la habilidad de integrarlos en el proceso terapéutico, se puede recurrir a poner música relajante (instrumental) a un volumen bajo.
8. El tono de voz del terapeuta debe ser bajo, tranquilo, rítmico, pausado y sobre todo afectivo, para obtener mejores resultados.

9. Se sugiere utilizar las terminaciones en: mente, ando y endo, ya que remiten a la acción, ejemplo: Te estas relajando placenteramente, sintiendo todo tu cuerpo relajado y al ir inhalando ve sintiendo una agradable sensación de pesadez... Se recomienda también entremezclar repetidas veces expresiones como: aprendiendo, disfrutando, saludablemente, automáticamente, protegidamente. De este modo, se evoca en el paciente sus recursos internos, avanzando por el camino fácil, resolviendo indirectamente la patología que esté presente, asegurando que el proceso se oriente hacia la salud y el bienestar, partiendo de la parte inconsciente, tal y como lo afirma Robles (1999, pág. 122). **Cuando en lugar de sugerir simplemente que un cambio se dé, proponemos que suceda “aprendiendo”. Sugerimos que se inicie un proceso de aprendizaje.** Aprender implica que el cambio es paulatino, que se pueden cometer errores y seguir adelante, haciendo las cosas cada vez mejor, desarrollando destrezas y capacidades. Los errores y los fracasos cobran un sentido, son parte aceptada de un proceso. Son necesarios, ya que para seguir aprendiendo necesitamos analizar los errores de modo que sepamos cómo evitarlos. Además, a lo largo de nuestra vida hemos tenido muchos aprendizajes, algunos de ellos estructurantes y fundamentales.

10. Siempre es aconsejable antes de terminar la inducción dar sugerencias poshipnóticas, ya que de esta forma se guarda en el inconsciente del paciente la posibilidad de que va a ir relajándose cada vez mejor y profundamente. Así como también el terapeuta debe de alentar sentimientos de bienestar, confianza y seguridad. Las sugerencias poshipnóticas son parte necesaria del proceso terapéutico, ya que facilitan la labor terapéutica a futuro ofreciendo la sugestión de que en futuras sesiones el paciente podría entrar en estado hipnótico con más rapidez y con mayor profundidad (Erickson y Rossi, 1979, 1981; Lankton y Lankton, 1983; en Yapko 1999, pág. 102). Por ejemplo: **cada vez que aparezca en tu mente las imágenes de algo que tú quieras cambiar o mejorar, siente tu respiración y observa cómo ésta lo transforma saludablemente, automáticamente, sintiéndote muy bien...**

11. Las sugestiónes utilizadas por el clínico deben de tener las siguientes características:
- a) Estar formulada en tiempo presente y en las sugerencias poshipnóticas en tiempo futuro.
 - b) Deben ser enunciadas en sentido afirmativo.

- c) Deben ser específicas y detalladas.

3.2 Relajación:

Uno de los recursos de los que se vale la PNL para trabajar efectivamente es la "relajación", ya que permite que los métodos de sugestión pueden actuar como catalizadores de sus diferentes técnicas, ya que constituyen formas elaboradas de inducción hipnótica (Sambrano, 2000, pág. 59). Esta se puede obtener al dormir, pero a veces no es lo suficiente. Desafortunadamente no se nos educa a aprender a relajarnos con lo que nos evitaríamos toda una serie de problemas que dañan nuestro cuerpo, en especial nuestro sistema nervioso.

La práctica de diversos métodos de relajación puede traernos enormes beneficios, tanto mentales como físicos. Parece extraño, pero los que más practican la relajación sin saberlo son los niños.

Así las técnicas de relajación fueron utilizadas desde finales del siglo XIX y principios del XX por Emil Coué, relajando a sus pacientes para después hacer sugerencias de mejora de alguna enfermedad. Tal como Coué afirmaba, estando relajado el paciente los niveles consciente e inconsciente quedaban fusionados, permitiendo al inconsciente convertir el deseo en realidad (en Davis, 1986)

En la actualidad diversas terapias psicológicas utilizan la relajación como una herramienta especializada que puede incorporarse a los diferentes procesos terapéuticos, ya que se trata de un proceso natural por el que nuestra mente puede acceder a un estado especial (hipnosis ó estado de trance) que le permita relajarse, descansar, dirigir la atención hacia el interior, reprogramarse y motivarse, siendo frecuente que se practique como tratamiento para el estrés, así la relajación como herramienta es muy útil, debido a que tiene una mayor capacidad para aprovechar los recursos mentales del paciente.

El objetivo de la relajación es separarse de ciertas actividades que someten al cuerpo a un excesivo estrés. La mayoría de las técnicas de relajación consisten en un entrenamiento de los músculos del cuerpo para evitar tensiones ocultas. Las técnicas de relajación también enseñan a los individuos a reconocer ligeras tensiones de la vida diaria lo que les permite afrontarlas.

Uno de los instrumentos más utilizados por los terapeutas es la respiración profunda, puesto que la tensión produce por sí misma cambios en la respiración. Las personas sometidas a estrés tienden a hacer respiraciones cortas y superficiales. El yoga es una forma de relajación que utiliza la respiración y las posturas del cuerpo para mejorar la agilidad, tanto física como mental y reducir la tensión, lo que permite una relajación del cuerpo. El yoga postula la felicidad como un estado de tranquilidad y equilibrio internos, con paz interior y armonía como pilares de la terapia (Enciclopedia Microsoft Encarta, 1999)

La "técnica de relajación" que se utiliza considerando los puntos antes señalados es la inducción estándar de Álvarez 1996, dentro del capítulo cuatro y en caso de requerir mayor información sobre las diversas técnicas de inducción, se sugiere consultar los siguientes libros:

- La curación por la mente. Psicoterapia y Sofrología.
- Trance-Fórmate.
- Hipnosis y Terapia Sexual.
- Hipnosis Clínica y Experimental.
- Relajación y Sofrología en Cómic.
- Manual Práctico de Programación Neurolingüística.

3.3 Visualización Creativa.

La visualización es el uso de la imaginación para crear imágenes de situaciones o condiciones deseadas. Con cualquier técnica de visualización cuanto más poderosa y completa sea la imagen, más grande será la respuesta. Así si una persona piensa que se siente bien, se siente mejor. Además si intentamos visualizar cómo es nuestro cuerpo por dentro podemos tratar de sobreponernos a algunas enfermedades físicas frecuentes como la hipertensión, mejorar la eficacia del sistema inmunológico. (Enciclopedia Encarta, 1999)

Este ejercicio tiene como finalidad desarrollar por un lado la creatividad y por el otro que el paciente aprenda a "sentir", ya que como lo ha puntualizado Mosher (1966 en Araoz 1996): Uno de los elementos naturales de una sexualidad sana es poder desconectar la atención de la orientación hacia la realidad, de manera que el individuo pueda sumergirse

completamente en la relación sexual, esto es, en vez de pensar que otra vez va a fallar, dirija su atención a las sensaciones que tiene.

Es importante subrayar que desde los comienzos de la Terapia Sexual, se dio por hecho que la imaginación tiene un papel determinante en el desempeño sexual, de ahí que se trabaje con PNL, en especial con ésta técnica, ya que el proceso terapéutico como se aborda en éste apartado pone especial énfasis en las imágenes mentales y no en el razonamiento. De esta forma, las imágenes eróticas son consideradas un estímulo condicionado conducente a la excitación sexual y por tanto, se espera que los pacientes con facilidad para formar imágenes sexuales placenteras, agradables y excitantes, obtengan mejores resultados en su desempeño sexual que aquellos en quienes esta habilidad es menor. Como lo menciona Wish (1975 citado en Araoz 1996, pág. 93) “cualquiera que fuera el tratamiento aplicado, la meta es capacitar al paciente con disfunción sexual para relajarse y concentrar su atención a los estímulos eróticos”.

Meichenbaum (1978 en: Araoz 1996, pág. 98) agrega **“cada vez que pedimos a nuestros clientes que se involucren en un ejercicio con imágenes mentales, estamos también afectando su diálogo interno, (lo que se dice a sí mismo) y su comportamiento negativo”**, ya que éstos puntos son comportamientos inadecuados que no van, ni deben estar presentes al tener una relación sexual y por tanto son tomados en cuenta en el proceso terapéutico.

Otro factor a considerar en la Terapia Sexual es cambiar la atención del paciente de su desempeño sexual inadecuado, torpe y acelerado al “placer”, éste consiste en enseñar al paciente a ser sensual. “No se puede disfrutar del sexo, sin disfrutar de los sentidos” (Araoz, 1996). Al respecto, surge la siguiente interrogante ¿cómo se puede incrementar el placer sexual?, y su respuesta es evidentemente: hay que desarrollar los sentidos. Se le pide al paciente que visualice imágenes, escuche sonidos y sienta las sensaciones al estar en contacto con la silueta desnuda de la persona a quien ama, deleitándose con el tacto y comunicando sus sentimientos, dando placer y permitiéndose ir relajando para disfrutar más de cada beso, caricia y abrazos. O bien imaginar que esta con su pareja disfrutando de un suave y placentero masaje con aceite sobre todo tu cuerpo como preludeo para hacer el amor,

tomándose todo el tiempo que desee, ya que la relajación y la sensualidad que crea potenciarán sus sensaciones y aumentaran el placer.

De esta forma, cuando desarrollamos en el paciente por medio de ésta técnica “sus sentidos”, evidentemente se vuelven más sensibles, capaces de tener fantasías eróticas, de apreciar mejor el gusto, el tacto y el olfato y por tanto, su desempeño sexual es más satisfactorio y placentero.

Evidentemente el sentido del gusto es esencial en el acto sexual, junto con el tacto, la vista, el olfato y el oído, ya que todos completan el mapa sensual del paciente y de su pareja. Hay que considerar que cualquier estímulo adicional a los sentidos puede añadir una dimensión extra a la vida sexual del paciente y el gusto en particular puede potenciarla.

El aroma del cuerpo de tu pareja puede ser muy reconfortante y satisfactorio. El jugar con los ojos vendados permite fluir y apreciar mejor las sensaciones abriendo el camino hacia un jardín de nuevas delicias, podemos experimentar con unas plumas y hacer temblar a tu pareja en una noche exótica llena de provocación y caricias. Nuestro sentido de la vista define el mundo a nuestro alrededor, si prescindimos de él, los otros sentidos tienen que trabajar duramente para compensarlo, esto se puede aprovechar para aumentar las sensaciones del juego amoroso y desarrollar el sentido del tacto, así que saca tus vendas del cajón y disfruta jugar a ciegas, ya que explorarás toda una gama de exquisitas sensaciones y sentimientos.

Por tanto, se recurrirá a ésta técnica, estando el paciente ya relajado por el terapeuta y se procederá a que el paciente se visualice haciendo los cambios necesarios para mejorar su desempeño sexual, esto es, que se encuentre relajado, enfocando su atención a sus sensaciones y que aprenda a sentir a través de que visualice las imágenes antes mencionadas, evidentemente se hará en un lenguaje hipnótico, pidiéndole que sea director de su propia película, reuniendo los tres requisitos de los sistemas de representación más importantes relacionados con la situación erótica, posteriormente se debe de subrayar que las sugerencias poshipnóticas deben asociar este ejercicio con situaciones en donde el paciente se encuentre con su pareja, por ejemplo: “Te encuentras disfrutando placenteramente de esta situación, estas relajado y tu cuerpo y tu mente a partir de hoy, disfrutarán armónicamente del contacto

físico... ó cada vez que te sientas sexualmente excitado tu cuerpo responderá de manera maravillosa.

Al usar esta técnica que consiste en usar la progresión del tiempo al diseñar una escena sexual en la que el paciente se ve a sí mismo "sintiendo, disfrutando y desempeñándose de un modo sexualmente satisfactorio", se originan los cambios deseados como lo menciona Lazarus (1977 en Araoz 1996, pág. 57) "La gente se vuelve físicamente más fuerte cuando se ve a sí mismo en su mente como quiere ser", por tanto, el paciente aprende a disfrutar todos los sentidos internos que se involucran en este ejercicio mental, tomando su tiempo para entrar en contacto placentero en cada sesión, con cada sabor, olor, color, forma y sentimientos placenteros.

De esta forma como menciona Araoz (1996), el hipnoterapeuta sexual no necesita volverse un observador profesional, participando en cada detalle de la experiencia sexual positiva que el paciente revisa en su mente, las sugerencias generales sobre cada sesión son más que suficiente.

La relajación inicial es esencial y después le pido al paciente que se visualice a sí mismo en una escena erótica en la que su desempeño sexual es como él lo desea. le pido que él sea el director de su propia película y le sugiero que se tome el tiempo necesario para "verse, sentirse y escucharse" positivamente con lujo de detalles, como si el tuviera un control remoto de tv y pudiera subir el volumen, ajustar los colores, el brillo, hacer un close up a su rostro y distinguir las sensaciones placenteras que esta sintiendo, mencionando que ante todo se encuentra relajado, disfrutando de estar excitado, atento a cada sonido, olor, sabor y que las emociones que aparecen en escena son agradables y van aumentando.

Si por alguna razón el paciente tiene dificultades de verse a sí mismo en una escena sexual placentera, le pido que imagine a un artista o actor en este contexto y después le pido que regrese a experimentar él mismo todas estas sensaciones o bien, si sigue presentando dificultades se prosigue a explicar y ver en consulta junto con su pareja el video de "101 maneras de excitar a su pareja", haciendo comentarios y dando nuevas opciones de disfrutar su sexualidad y en la siguiente sesión prosigo a que se visualice en dichas circunstancias, evidentemente será notable el cambio de terapia.

Cómo sugerencia poshipnótica podría ser: "la próxima vez que te sientes aquí te estarás relajando tanto como hoy, incluso más profundamente, más rápidamente y estarás disfrutando las imágenes que hoy visualizaste en tu casa, al hacer el amor".

Tal y como mencionan Bandler y Grinder (1980), el modelo mental del cliente empobrece a menudo su propia experiencia, ya que la hipnosis hace posible la concentración en un objeto excluyendo a otros, se vuelve una herramienta muy conveniente para ayudar a cambiar o a enriquecer sus modelos mentales.

"El paciente es instruido a crear una imagen en su mente bajo hipnosis. Se le pide que imagine una pantalla de cine y se vea a sí mismo actuando en ella. Se le dice que es real y en tercera dimensión y él puede verse y actuar como quiera. Se el instruye para verse a sí mismo como en su relación sexual, salvo que aquí se hace énfasis en que su desempeño sexual es exitoso y se le indica cómo podrá formar estas imágenes de éxito en su mente, enfatizando que sólo podrá verse a sí mismo tal y como él quiere verse y sentirse. Como éstas imágenes evocan los sentimientos adecuados, no pasa mucho antes que el paciente muestre el beneficio de su película mental en su vida real" (Van Pelt, S. J. 1974 en Araoz 1996 pág. 69). Así en hipnoterapia integral después de que el paciente se siente cómodo con escenas sexuales generales, debe ser ayudado a experimentar mentalmente situaciones sensuales más íntimas (eróticas) con espontaneidad y juego, disfrutando de las sensaciones placenteras de tocar y ser tocado. El hipnoterapeuta sexual guía al paciente a través de éstas escenas hasta que se encuentra a gusto con ellas.

Como lo subraya Araóz: El énfasis principal es la práctica en casa y obviamente es necesario usar sugerencias poshipnóticas para que el paciente ponga en práctica lo experimentado. Por tanto en estado de relajación ó estado hipnótico todo lo que se piensa, imagina ó se siente, tiene un grado de intensidad mayor de lo normal, que influye poderosamente sobre el inconsciente, haciendo que nuestro poder de asimilación y memoria aumente, la respiración se vuelve más lenta y regular, el ritmo cardiaco disminuye, todo el cuerpo se relaja, se liberan trabas funcionales y así, poco a poco, la corteza cerebral se inhibe gracias a estímulos constantes que recibe. Por eso resultan tan eficaces los ejercicios de visualización curativa utilizados para tratar trastornos que producen el estrés (Ruiz Iglesias y Martínez Estrada, 1997)

3.4 Metáforas

La palabra “metáfora” procede del griego y significa “poner en lugar de algo”, en sí ya es una metáfora. Una metáfora es como un icono ordenador, que cobra vida cuando se hace clic sobre él y proporciona una gran dosis de significado, no sólo de lo que es, sino de lo que hace posible y de los límites que establece. Por ejemplo: para transmitir lo que queremos decir hacemos comparaciones, contamos historias y compartimos experiencias. Así la PNL utiliza este término para referirse a estas comparaciones, historias y analogías. Como lo señala Mc Dermott y O’ Connor (1996, pág. 145).

Las metáforas se utilizan en psicoterapia para llevar a cabo cambios en el paciente, a través de la sugestión directa al subconsciente, creando de este modo un contexto alternativo en el que se va a sembrar un significante específico que provoque una modificación y que debido a sus características pueda llegar a ser algo así como meter un gol con un balón invisible.

Las ventajas de usar metáforas en psicoterapia pueden ser:

- Se puede usar en grupos o sesiones individuales.
- Es auto ajustable.
- Se puede aplicar a un contexto específico.
- Es eficaz ya que se elabora a nivel subconsciente.
- Estimula la creatividad.
- No tiene reacciones secundarias, ni contra-indicaciones.

De acuerdo a su tipo éstas se clasifican en:

- a) Cerrada: dirigida específicamente a lo más cercano de la experiencia real del sujeto. (refrán).
- b) Abierta: no tiene referencia específica, da oportunidad a la interpretación personal. (cuentos, técnicas de sugestión y confusión).

- c) Entrópica: es aquella que crea un contexto negativo en la persona a través de convencerlo de una idea nociva, por ejemplo: "según las estadísticas a usted le puede suceder.... o las posibilidades son..."

Yapko (1999) menciona que las metáforas terapéuticas son historias que se pueden crear de forma paralela a los problemas de los clientes y pueden contarse de manera que absorban profundamente su atención. Muchas veces el paciente puede proyectar significados en la historia que el terapeuta no pretendía comunicar y que quizá tenga un gran impacto en el significado que pretendía transmitir el terapeuta.

Es recomendable que la metáfora se le realice al paciente al final de la sesión terapéutica para evitar un diálogo posterior, tomando en cuenta las siguientes indicaciones:

- Atrapar la atención del paciente.
- Variar la voz a un ritmo hipnótico.
- Expresarse de manera clara y afectiva.
- Llevar el ritmo de respiración del paciente.
- Calibrar la fisiología del paciente (esto es reconocer el estado interno del paciente a través del lenguaje corporal o no verbal).
- Utilizar todos los sistemas de representación, éstos son las informaciones sensoriales percibidas por los cinco sentidos de manera simultánea e inconsciente "visual, auditivo, kinésico que se refiere a las sensaciones táctiles, gustativas, olfativas y a las emociones (Cudicio, 1992, pág. 26).

La PNL no inventó las metáforas, ni descubrió su efecto. Las metáforas son tan antiguas como la cultura humana. De esta manera, Karl Meyer (1999) subraya: "Abstraer la esencia de acontecimientos en metáfora parece ser uno de los rasgos distintivos de nuestra especie, ya que apreciamos poemas, chistes y cuentos porque nos cambian el significado a menudo metafóricamente".

De hecho lo que Milton Erickson hacía era utilizar el lenguaje metafórico, historias y anécdotas como sugerencias indirectas. Al respecto Karl Meyer agrega: "La mente inconsciente de su cliente siempre tiene información para la situación a resolver". Como punto de partida de su metáfora didáctica, usted (se refiere al terapeuta) hará bien en tomar en cuenta las expresiones metafóricas de su cliente". Así el autor subraya: El éxito no está en la metáfora en sí, sino en su efecto sobre el cliente.

Al respecto, Sary (1998, pág. 92) menciona: "El lenguaje metafórico permite hacer llegar un mensaje de manera indirecta, dirigirse al lado derecho del cerebro o al inconsciente. De esta forma en PNL, una metáfora puede ser una anécdota o un cuento más o menos largo, elaborado y contado al cliente.

El aprendizaje de las metáforas como "herramienta" de cambio es ante todo muy útil para el facultativo, porque le permite que también desarrolle su lado derecho del cerebro y acreciente su flexibilidad a la hora de comunicarse".

De esta forma se concluye tal y como lo afirma Yapko (1999) en la bibliografía sobre Hipnosis Clínica, "las metáforas han llegado a significar historias, siendo éstas un método indirecto para conseguir diferentes objetivos. Se consideran una de las formas más poderosas y suaves para comunicar información relevante para el paciente".

Por lo anterior mencionado, se procede a la narración del cuento "La abeja y su panal" de Jacobo Grinber Zylberbaum, (1980)

3.5 Línea de vida:

Este es un procedimiento psicoterapéutico que forma parte del arsenal de herramientas de la PNL, siendo extraordinariamente útil y sencilla su aplicación.

Para su procedimiento se requiere de un espacio vacío donde no haya escalones, obstáculos o algo que interfiera con el libre desplazamiento del paciente, se dibuja física o imaginariamente una línea del tiempo en donde hacia un extremo está el pasado (atrás), el futuro (adelante) y en una zona intermedia el presente. Se especificará una zona de seguridad fuera y junto a esa línea para que el paciente pueda recurrir a ella en caso de necesitarla (ver diagrama)

Futuro**Presente****Pasado**

Zona de Seguridad

1. El paciente dentro de su zona de seguridad (dentro de un cilindro de acrílico o un campo energético) describirá la situación-conflicto que desee modificar. La descripción del paciente debe ser narrada en tiempo presente y reunir los tres requisitos de los sistemas de representación más importantes "cómo se ve, cómo se siente y cómo se escucha". Todavía dentro de la zona de seguridad buscará alguno(s) de los recursos que modificarán sustancialmente la situación-conflicto y si son varios se elegirá el mejor.

2. Ubicar al paciente en la zona de su presente y dentro de la situación-conflicto reuniendo los tres sistemas de representación, indicándole que poco a poco se desplace despacio dentro de su línea de vida de su presente a su pasado en busca de algún momento dentro de su historia en la que manifieste claramente tener ese recurso. En caso de que no lo encuentre puede buscar algún personaje importante que si tenga este recurso para el paciente (actor, amigos, hermano, etcétera.) y que se detenga en el momento en el cual haya encontrado ese recurso preguntándole ¿cómo se ve, cómo se siente y cómo se escucha con este recurso?

3. Se auxilia a que el paciente "amplifique" su recurso y en ese momento preciso es donde se debe "anclar" este estado, indicándole y acompañando a que el paciente lleve este recurso a su estado presente para fusionarse y transmitirlo, en el momento de hacerlo soltamos el ancla que hayamos aplicado. Puede ser hacer presión en su muñeca izquierda o en algún hombro.

4. Se lleva al paciente en su línea de vida hacia su futuro, desplazándolo unas horas, un día, una semana, un mes, cinco meses, ocho meses o un año, para que verifique que la aplicación de este nuevo recurso tenga un efecto adecuado y positivo, esto se reconoce en P.N.L. como “chequeo ecológico” y en la hipnosis clásica como “futurización”.

De esta manera, las técnicas de PNL son una herramienta terapéutica sumamente eficaz y rápida comparada con otras técnicas, ya que utiliza la hipnosis de tal forma que el paciente asimile las sugerencias pertinentes enfocadas hacia su problema sexual que se está tratando de solucionar, por tanto, se pretende y se consolida así un nuevo “programa mental”, que permite lograr un cambio de actitudes y consecuentemente alcanzar modos de comportamiento más adecuados, ajustados y satisfactorios” (Álvarez, 1996)

CAPITULO 4

ABORDAJE TERAPÉUTICO EN EL PACIENTE CON DISCONTROL EYACULATORIO.

"Para que una terapia termine adecuadamente debe comenzar adecuadamente, esto es, negociando un problema resoluble, el acto de la terapia empieza por la manera de examinar el problema".

Haley, Jay (1993)

4.1 Principios de Psicoterapia Sexual.

Para dar un preámbulo al tema de este capítulo, es elemental considerar los principios básicos de la terapia sexual, citando textualmente lo que la Dra. Majj-Britt Rosenbaum (1981) considera al respecto:

1. La actitud del profesional es el aspecto más importante. Recuerde que el sexo es una función natural como nunca se cansaran de decir los padres de la sexología Masters y Johnson, es parte del funcionamiento normal y sano de nuestros cuerpos y personas y es parte integral de la fisiología y psicología. El sexo es una función natural, como la respiración y sudoración pero difiere de éstas en que con bastante facilidad puede verse reprimido, deformado e inhibido. La sexualidad es menos firme que otras funciones biológicas y los efectos perjudiciales no sólo los percibe el individuo, sino también las personas que son importantes para él.
2. En la unidad marital o dual, ambos cónyuges son responsables de una disfunción sexual y no existe "el miembro de la pareja no afectado". El corolario lógico es que deben participar y asumir la misma responsabilidad en cuanto al problema y al tratamiento. Se puede decir que el paciente es la relación.
3. Los problemas sexuales con frecuencia se deben a un defectuoso aprendizaje, por experiencia, por la crianza o por las actitudes sociales, religiosas y represivas. Nacen de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

algunas causas superficiales comunes: ansiedad por el desempeño sexual, temor a fracasar, necesidad excesiva de complacer a la pareja.

4. La comunicación sexual es sólo una forma de comunicarse en pareja y depende de lo adecuado de la comunicación de ambos en otras áreas. Así pues, se hace hincapié en la mejoría de las habilidades de comunicación.
5. El método básico de tratamiento es un procedimiento dirigido y orientado hacia la conducta. Lleva una fuerte dosis de información y/o educación, y tiene por objetivo hacer desaparecer paulatinamente los bloques psicosociales que obstaculizan la expresión natural de la sexualidad. Además de brindar apoyo, información, educación, tranquilización y aliento. Uno de los ingredientes claves es asignar tareas progresivas. En cierto sentido, estructuraremos una parte de la realidad de los pacientes al proporcionarles recetas conductuales que llevan a cabo en privado. Dichos principios deben ser considerados en todos y cada uno de los puntos que a continuación se enumeran, ya que son parte importante de la metodología a seguir.

4.2 Metodología:

Se trabajo con tres pacientes varones con discontrol eyaculatorio de 27, 33 y 41 años respectivamente, a los que se les pregunto si tenían pareja estable para incluirlos en el desarrollo de la terapia, pues fue requisito realizar los ejercicios sexuales prescritos con su compañera, para no afectar la terapia al no tener con quien realizarlos. Es necesario mencionar que los pacientes tienen un nivel socioeconómico medio y su nivel educativo es de licenciatura, también que ellos tienen claro que padecen esta disfunción sexual y por ello buscaron ayuda terapéutica.

El instrumento de evaluación fue la Historia Clínica Sexual para conocer la problemática del paciente y facilitar un mejor entendimiento de sus dificultades y así poder diseñar las intervenciones terapéuticas que sean adecuadas para cada paciente, mencionando que en el siguiente apartado se explicara con mayor amplitud.

Los materiales que se utilizaron fueron: un sillón reposit, una grabadora, cassettes de relajación, plumones, diapositivas con ilustraciones de posiciones sexuales, ejercicios

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

como el placereado 1 y placereado 2, de la psicofisiología del discontrol eyaculatorio, libro, revistas y videos sexuales terapéuticos así como educativos.

Las sesiones terapéuticas se llevaron a cabo en un consultorio con buena amplitud, ventilación adecuada, iluminación natural y artificial, donde los pacientes podían desplazarse libremente al hacer los ejercicios de PNL.

El tratamiento sexológico se llevo a cabo de manera individual, pidiéndole que lo acompañe su pareja sólo en las sesiones en las cuáles se le comunique, ya que se considera necesario la participación de su pareja para complementar y verificar la información obtenida en la Historia Clínica Sexual.

Las sesiones del tratamiento fueron programadas una vez a la semana con duración de una hora y es indispensable comentar que cada paciente definió su objetivo de forma personal, debido a que cada individuo considera diferente el tiempo que desea prolongar el tiempo que tarda en eyacular. Así como también, se le informó a los pacientes que es necesario que contesten con honestidad todas las preguntas formuladas para poder brindarle un tratamiento eficaz y se mencionó que se le dejarán tareas para realizar en casa, éstas pueden ir desde ejercicios sexuales prescritos como ejercicios de relajación con su respectivo reporte o de las técnicas de PNL empleadas durante su tratamiento, leer libros, y se le pide su total participación en cada una de las actividades que se realicen.

Las sesiones constaron cada una de un objetivo específico y de las actividades que lo cubrieron, primeramente se realizará la **evaluación** por medio de la Historia Clínica Sexual, después la **formulación** de la información obtenida para facilitar al paciente un mejor entendimiento de sus dificultades sexuales, proporcionar una base racional para el abordaje terapéutico y permitir al terapeuta la comprobación de que la información obtenida durante la evaluación se ha interpretado correctamente. Y por último los **niveles de intervención**, que se dividen en ejercicios para realizar en casa y ejercicios a realizar en el consultorio, siendo las estrategias terapéuticas diseñadas para el tratamiento de pacientes con discontrol eyaculatorio y es en estas sesiones donde se contempla la terapia sexual con la aplicación de técnicas de PNL.

Es necesario subrayar que no hay un número de sesiones específicas, ni tampoco un orden, ya que no es una receta de cocina, sino que se considera a partir de cada paciente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

como se trabajará, para mayor información es necesario consultar los resultados para saber el porqué se trabajo de manera diferente en cuanto al orden.

El desarrollo clínico de las sesiones será descrito por número, por objetivo y por las actividades que lo cubrirán en el cuarto apartado. En lo referente a los resultados éstos serán descritos por paciente, por el objetivo de cada uno de ellos y por las actividades que se realizarán por cada sesión, siendo de tipo descriptivo.

4.3 Evaluación:

Como lo señala Hawton (1988) la evaluación de las parejas en la Terapia Sexual se debe guiar a partir de los siguientes principios:

1. El interrogatorio detallado denominado comúnmente en el ámbito médico y sexológico como "Historia Clínica Sexual", debe permitir la correcta identificación de la naturaleza exacta del problema y de su desarrollo. Esto permitirá establecer los objetivos generales de la terapia, incluyendo el principal y los cambios que pueda conseguir cada miembro de la pareja (ver anexo no. 3)
2. Un interrogatorio exhaustivo o preciso acerca de los antecedentes de cada miembro de la pareja, en el que se incluya el desarrollo sexual, las actitudes y la información acerca de su sexualidad, ya que le permite al terapeuta comprender las causas del problema, facilitando la información que debe utilizar con la pareja.
3. La interacción entre el terapeuta y la pareja durante la evaluación es parte del proceso terapéutico, por ejemplo: preguntando acerca de su sexualidad a los pacientes de forma tranquila y relajada, el terapeuta puede aliviar tensiones, ansiedad, miedo y temor de la pareja; demostrando que es posible un diálogo abierto y sincero sobre este tema. El terapeuta debe facilitar información sexual durante la fase de evaluación como respuesta a las inquietudes expresadas sobre determinados tópicos, como por ejemplo: la masturbación, la homosexualidad, los miedos infundados o ciertas creencias equivocadas.

Es importante señalar que el paciente será el que marque su objetivo a cubrir en la terapia, ya que cada miembro de la pareja deberá ser siempre interrogado por separado.

para permitir que cada uno exprese su visión del problema, además "se deberá considerar dentro de la Historia Clínica Sexual, el pasado y presente, además de explorar el futuro", para que el terapeuta elabore un cuadro lo más exacto posible a la vida sexual del paciente (Rosenbaum, 1981)

Cuándo vemos pacientes sexológicos es necesario considerar a la pareja, ya que ésta como tal es un sistema y casi siempre existe algún grado de dificultad o disfunción en la otra persona. Cabe señalar que la evaluación de la relación sexual de la pareja se hace con varios objetivos: recabar la información necesaria para conocer la problemática específica y poder diseñar un tratamiento a la medida, verificar si las estrategias y recursos técnicos utilizados en la intervención posibilitan los objetivos trazados, revisar hipótesis erróneas y enseñar nuevas estrategias terapéuticas, por tanto, la evaluación es un proceso continuo y constante que permite elaborar hipótesis de tratamiento, objetivos específicos en la intervención y valorar la eficacia de las intervenciones diseñadas en el proceso terapéutico en general (Costa y Serrat, 1993)

Realizar un diagnóstico correcto nos permite llevar un tratamiento adecuado: toda la información que nos brinda el paciente es valiosa e incrementa la capacidad terapéutica del clínico (Vasallo Montolla, 1997)

Posteriormente el terapeuta debe investigar las esperanzas, temores y expectativas para el futuro, así como la idea sobre la forma en que reaccionará la pareja, preguntando a los pacientes sobre el significado de su sexualidad y el sitio que ocupa en sus vidas y no está por demás una pregunta creativa: "si hubiera una cosa que pudiera cambiar por arte de magia en su vida sexual. ¿cuál sería? Seguramente esto aporta información tan importante como sorprendente.

Para animar al paciente a proporcionar información se debe garantizar a cada miembro de la pareja la confidencialidad de la entrevista y especialmente, el terapeuta respetará los deseos del paciente de no revelar a su compañero (a) cualquier tema que éste no desee que conozca, por ejemplo: es común que el paciente con discontrol eyaculatorio y/o con disfunción eréctil se ponga a "prueba" en algunas ocasiones con otra mujer que no sea su compañera o su esposa, para ver si puede tardar más tiempo en eyacular y es obvio que cualquiera que sea el resultado no desea que se comente en terapia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tal como señalan Rosas, Corona y Aldana (1998): es necesario considerar que uno de los elementos más importantes es el cómo actúe y conduzca la historia clínica sexual el profesional de la salud, ya que si éste siente escrúpulos ante esta actividad, vergüenza, pena, temor o asco, transmitirá al paciente estas actitudes. Esto se refleja no sólo en el tono de voz y la facilidad para abordar el tema, sino también en la forma en que la entrevista es conducida y por los términos que el profesional de la salud elige, por ejemplo: si él juzga como “perversiones” para denominar algunas conductas, estará condenándolas de antemano y por tanto, el paciente percibe que no se aprueba un tipo específico de conducta.

Así, el papel de “juez” que con frecuencia asumen algunos profesionales de la salud ha causado muchos problemas en su desempeño, dañando negativamente a los individuos que acuden a consulta. Otra observación para el terapeuta es el utilizar un lenguaje claro y conciso que pueda ser comprendido por los pacientes, es decir, no se deben utilizar solamente términos médicos, ya que los pacientes no están familiarizados y por tanto se sentirán incómodos, así como el considerar los mitos sexuales, los valores, la educación y las experiencias sexuales que ha tenido el paciente y también se debe de tomar en cuenta a la hora de realizar la historia clínica sexual factores como la edad y la preferencia sexual de cada paciente, ya que no es lo mismo entrevistar a un chico de 20 años que a un hombre de 50, ya que cada edad tiene características específicas.

Por otra parte, es necesario pedirle al paciente que aunque se sienta incómodo o apenado por algunas preguntas que se le realizan durante la entrevista, es mejor contestarlas honestamente, ya que de ello depende la correcta evolución en terapia, pues en el caso de omitir algunos datos o bien dar información a medias, esto puede perjudicar su tratamiento de manera que se alargue o bien que el terapeuta no obtenga una imagen clara de lo que le esta pasando al paciente.

Es importante considerar que debido a la cantidad de información que nos está brindando el paciente, es recomendable utilizar una grabadora, debido a que de esta manera obtendremos todos los datos y no perderemos tanto tiempo en la consulta a que el paciente espere a que se escriba toda la información. El interrogatorio deberá ser concreto y específico, enfocando los problemas y dificultades, además de los aspectos de la actividad y las relaciones sexuales que han sido placenteras y satisfactorias.

Cabe señalar que una de las ventajas de la Historia Clínica Sexual es que es el instrumento que ofrece más posibilidades de obtener información inmediata tanto en calidad como en cantidad, permitiendo conocer la problemática de manera general o su diagnóstico, para posteriormente profundizar y verificar con otros instrumentos dicha información, ya que es el fundamento de toda estrategia terapéutica sexológica.

Posterior al diagnóstico no se debe descartar a priori que el paciente necesita información sexual a diferentes niveles, esto lo podemos hacer a través de un espacio de preguntas y respuestas, sugerir la lectura de textos específicos o videos, tal y como lo señala Comfort (1983)

Por todo lo señalado anteriormente, se sugiere al lector consultar diversos tipos de Historias Clínicas Sexuales, para que se tenga una idea clara de todos los tópicos que se deben de interrogar, sugiriendo los siguientes libros:

- ¡Hablemos de Salud Sexual!
- Terapia Sexual.
- Inventario de Salud Sexual para hombres IFE-5.

Se menciona "El Inventario de Salud Sexual para hombres IFE-5", debido a que en algunos casos el paciente hace referencia a tener también disfunción eréctil junto con el discontrol eyaculatorio y por tal motivo se invita a consultar el capítulo "Diagnóstico de la Disfunción Eréctil" del Doctor Eusebio Rubio Aurióles (1999), donde esta dicho inventario.

El instrumento de evaluación que se aplico a los pacientes con discontrol eyaculatorio es la Historia Clínica Sexual que esta comprendida por los siguientes rubros:

1. Datos Personales
2. Retrato del paciente.
3. Análisis del Problema.
4. Diagnóstico o tratamientos previos.
5. Diagnóstico presuntivo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6. Plan Terapéutico Sintetizado
7. Expectativas
8. Historia:
 - Infancia
 - Pubertad
 - Adulthood
 - Pareja
 - Juegos Eróticos
 - Actividades Sexuales Específicas
 - Actividad Sexual Actual.
 - Enamoramiento
9. Evaluación Erótica.
10. Desarrollo Erótico.
11. Desarrollo de Identidad de Género.
12. Identidad de Género
13. Resultado de Interconsultas
14. Síntesis Clínica.
15. Observaciones.
16. Próxima Sesión.

Es necesario mencionar que el terapeuta siempre que sea posible debe emplear preguntas directas para completar mejor información, por ejemplo: ¿cómo empezó el problema?, Y después preguntas cerradas o directas para completar la información: ¿ha llegado usted al orgasmo?. ¿Se siente culpable por masturbarse? La historia clínica sexual utilizada en este trabajo se complementa con el formato que se propone en el libro de Hablemos de Salud Sexual (ver anexo no. 3)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.4 Formulación.

El siguiente paso después de evaluar cuidadosa y detalladamente al paciente, es que el terapeuta analice con la pareja la formulación de su problema. Teniendo cuatro objetivos principales como lo menciona Hawton (1988):

1. Facilitar a la pareja un mejor entendimiento de sus dificultades. La explicación simple del problema y de la psicofisiología (los factores que han contribuido a éste) pueden ayudar a la pareja a sentirse más animados y aumentar su cooperación en terapia. También puede ayudarles a saber que hay otras parejas con problemas semejantes.
2. Introducir una sensación de optimismo respecto a los resultados de la terapia. El terapeuta debe explicar cómo pueden manejarse los factores de mantenimiento y cómo el tratamiento puede permitir a la pareja conseguir el control de sus dificultades.
3. Proporcionar una base racional para el abordaje terapéutico, al explicar que ciertos factores como la ansiedad pueden inhibir la respuesta sexual. El terapeuta puede mostrar a la pareja por qué la terapia sexual puede ayudarles. De esta forma, es más fácil que una pareja entienda las razones de la prohibición temporal del coito o del inicio de la terapia con la focalización sensorial no genital, si se les explica la forma en que un problema relacionado con el coito (discontrol eyaculatorio) puede afectar negativamente el resto de su relación sexual. De igual forma, el terapeuta puede explicar cómo el abordaje terapéutico paso a paso, puede ayudar a delimitar de forma más precisa las causas del problema de la pareja y de esta manera, facilitar el tratamiento.
4. Permitir al terapeuta la comprobación de que la información obtenida en la evaluación se ha interpretado correctamente. Después de presentar la formulación, el terapeuta debe preguntar a la pareja si esta coincide con su punto de vista sobre las dificultades que experimentan. De esta manera, la pareja se dará cuenta que el terapeuta ha estado atento a sus relatos y que ha efectuado una valoración experta de la información.

Es importante mencionar que hay dos componentes principales en la formulación: en primer lugar, la descripción del problema o de los problemas y en segundo lugar, la discusión de los factores que han causado el problema. Al describir las causas del problema, el terapeuta debe aclarar a la pareja, tal y como lo señala Hawton (1988):



1. Los factores presentes en los antecedentes personales (por ejemplo: una educación restrictiva, haber recibido información de que el sexo es algo malo), ya que pueden haber predispuesto el desarrollo de un problema sexual.
2. El terapeuta debe enfatizar los factores que pueden haber precipitado el problema (estrés en la relación)
3. El terapeuta debe hacer hincapié en los factores que parecen mantener el problema (ansiedad por el rendimiento sexual, fracaso en la comunicación)

También se debe subrayar a la pareja que el problema afecta a los dos y que para solucionarlo es preciso la cooperación de ambos y la completa implicación en la Terapia Sexual, ya que en la cama el paciente con disfunción sexual, no esta sólo. En este apartado el terapeuta debe enfatizar los aspectos más importantes de la relación, así como los negativos. Esto puede incluir, por ejemplo: pedirles que recuerden y expresen los momentos en que sus relaciones sexuales fueron satisfactorias, señalando los aspectos positivos y poniendo de manifiesto el grado de motivación para resolver su problema. Esto le permite a la pareja perder la sensación de que su problema es insuperable y a convencerles de que tienen los recursos suficientes para abordarlos con unas razonables expectativas de éxito.

Otra manera de abordar este apartado es como lo mencionan Hudson O'Hanlon y Weiner Davis (1993, pág. 69): "Si durante el trascurso de la conversación inicial, no conseguimos eliminar el problema nuestra siguiente prioridad es hacer que el problema parezca más manejable y menos impermeable o una resolución de problemas creativa. Nuestro objetivo es reducir el tamaño del problema a los ojos del cliente, haciéndolo parecer más manejable. La fórmula habitual en que hacemos esto es siendo específicos y, por supuesto, preguntando sobre las ocasiones en que el cliente no experimenta el problema"

En conclusión, la formulación es una parte integral del programa de Terapia Sexual, ya que proporciona una base excelente a partir de la cual la pareja puede embarcarse en los ejercicios para la casa, puede servir para que entiendan sus dificultades, para animarlas a ser optimistas, facilitándoles un fundamento racional para el tratamiento y garantizarles que el terapeuta ha reunido e interpretado toda la información en las sesiones de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

evaluación. En sí, con la información que se obtiene durante la Historia Clínica Sexual, el terapeuta realiza la integración de la misma y se centra en el análisis que le permita tener la información y comprensión del problema, el análisis que realiza el terapeuta puede guiarse buscando los elementos que están determinando e influyendo en la problemática de la pareja y se le sugiere consultar la pirámide de tratamiento del discontrol eyaculatorio (ver anexo no. 5).

Se comienza con el presente, considerando las conductas de cada miembro de la pareja que ocurren "antes, durante y después" de cada relación sexual. Así, "cuando un paciente tiene un grado importante de receptividad, análisis y síntesis, el sólo hecho de conocer con detalle ¿cuáles son las conductas que ocasionan su dificultad en su desempeño sexual?, mejorará muchísimo el cuadro, si además agregamos capacitar al paciente con técnicas de auto relajación, seguramente tendrá un gran avance (Vázquez, 1999)

4.5 Niveles de Intervención.

A pesar de que muchos enfoques terapéuticos refieren que el paciente debe de realizar tareas en casa entre una sesión y otra, estas pretenden ampliar los pensamientos, emociones y conductas que el terapeuta considere importantes para el proceso terapéutico, ya que operan en el nivel de la experiencia directa, que muchas veces es más poderosa que lo verbal (el que normalmente se aborda en terapia) Como lo subraya Yapko (1999, pág 167) "Es hipnótico en el sentido de que se puede ver como una metáfora experiencial en el proceso de tratamiento".

De esta manera, "el objetivo de las tareas en casa para el paciente y de las intervenciones en el consultorio, es que el paciente se implique en una actividad en la que se vea a sí mismo de manera diferente, a la vez que confronta sus pensamientos, sentimientos y conductas limitadoras, se puede llevar a cabo el cambio deseado". (Haley, 1973; Lankton, 1988; Madanes, 1981, 1984; Yapko, 1988, citados todos en Yapko. 1999)

La pareja en esta fase recibe una explicación detallada de las técnicas que se van a emplear para su evolución en terapia, éstas se dividen en:

a) Ejercicios para casa.

Este rubro hace referencia a la asignación de ejercicios en la casa, utilizado en la mayoría de las parejas que acuden a Terapia Sexual, incluyendo las siguientes fases: 1) Focalización Sensorial no genital y 2) Focalización Sensorial genital, posteriormente se consideran distintas posiciones para hacer el amor, de manera que permitan al paciente con discontrol eyaculatorio evolucionar más rápidamente, entre éstas destacan: posición en la que la mujer esta arriba del hombre, posición lateral, posición de misionero, genopectural (de perrito) y por último de piernas a hombros (ver anexo no. 4)

De esta forma, "Las tareas sexuales son ingredientes esenciales de la Terapia Sexual, sin embargo, creo que tienen un valor limitado a menos que sean conducidas dentro de un contexto psicoterapéutico racional. Por otra parte, por sí misma, la psicoterapia es un método relativamente inefectivo o por lo menos lento para tratar disfunciones sexuales. Sin embargo, cuando se utilizan las dos modalidades en combinación, la psicoterapia... es indispensable para el éxito de la nueva Terapia Sexual". (Kaplan, 1982. La Nueva Terapia Sexual, pág. 221). Es importante mencionar que se hará mayor referencia de este apartado en los resultados, ya que no siempre es el mismo orden y esto depende de cada paciente.

Hawton (1988) hace referencia a varios principios importantes que deben de ser considerados en este apartado, ya que el seguimiento de éstos ayudará a los terapeutas inexpertos en el área sexual para evitar errores frecuentes:

1. Debe asegurarse siempre de que las instrucciones sean claras y comprobar que la pareja las ha entendido bien. Es útil pedir a la pareja que repita las instrucciones antes de dar por terminada la sesión.
2. Antes de terminar la sesión deben averiguarse las reacciones de la pareja a las últimas instrucciones y si éstas anticipan alguna dificultad, ya que es posible evitar problemas discutiendo las dificultades previamente.
3. Al comienzo de cada sesión del tratamiento debe obtenerse siempre información de la evaluación de la pareja desde la sesión previa, ya que es difícil para el terapeuta ayudar a la pareja si éste no conoce detalladamente lo que han hecho en casa y cómo se han sentido en relación a ello. Por tanto, considero que se debe pedir a la pareja que

realicen un “reporte”, en el cual describan y expresen con lujo de detalles cómo se sentían y cómo pensaban antes, durante y después de cada ejercicio sexual que se les asigne, para que no pase desapercibido ningún detalle (ver figura no. 5). Este reporte es de forma individual y si hay disfunción en la mujer también entonces debe entregarlo. Es importante mencionar que no importa la ortografía o que deben de tener bonita letra, ya que la información aquí escrita es lo que nos va a permitir evolucionar en terapia y hacer los cambios necesarios, permitiendo saber cuál es la siguiente tarea a asignar a la pareja, así como mencionarles que ellos mismos son los que van a leer el reporte al terapeuta y se les pedirá que subrayen algún párrafo para que se den cuenta de cuáles son los errores en los que están cayendo y de esta manera corregirlos para la siguiente sesión, ya que si no pido que realicen el reporte hay muchos datos que olvidarían comentar en la sesión.

4. No deben mostrarse decepcionados los pacientes y el terapeuta si la pareja falla al hacer lo que se les pidió o no consiguen disfrutar con ello, ya que si se manejan correctamente éstas dificultades son cruciales para el éxito en la terapia.
5. Un principio de especial importancia es que resulta inadecuado sugerir a la pareja que comience una nueva etapa del tratamiento si la anterior no se ha superado completamente. El ritmo al que avanzan en la terapia variará en función del problema y de los factores que lo mantienen.
6. No es aconsejable dejar que la pareja tome la decisión entre dos sesiones de pasar de una etapa a otra del programa.
7. Es recomendable que el terapeuta prediga lo que cree que sucederá entre sesiones.
8. Algunas sesiones del tratamiento deben dedicarse a revisar la evolución. Esta estrategia se debe de tomar desde el principio diciendo a la pareja que su progreso se revisara por ejemplo cada tres sesiones. De esta manera considero preguntar a la pareja o al paciente disfuncional “¿qué cosas positivas han sucedido y quieres que te sigan sucediendo?, lo que les hace darse cuenta que ellos tienen la capacidad de cambiar y lograr sus objetivos”.
9. El ritmo del programa terapéutico debe de adaptarse a las necesidades y al progreso de cada pareja.

10. La pareja debe adecuarse al programa con una sensación de comenzar de nuevo, dejando atrás los fracasos previos.
11. La pareja debe considerar la superación del problema sexual como prioridad en su vida.
12. La pareja debe esperar dificultades a lo largo de la terapia a las que no debe verse como retrocesos irremediables, sino como oportunidades para comprender mejor sus problemas con la ayuda del terapeuta.
13. Enfatizar que la responsabilidad en la superación del problema sexual descansa en la pareja. El terapeuta sólo les va a proporcionar los conocimientos y las herramientas para que aprendan a solucionar sus problemas. De esta forma, me parece indispensable citar lo que mencionan Hudson O'Hanlon y Weiner -Davis (1993, pág. 69) al respecto: "Si el terapeuta aprende como deshacer la idea de que existe un problema, no tendrá que saber cómo hacer terapia".

Se debe considerar que la mayoría de las parejas empiezan sus ejercicios en casa, primero con una sesión de relajación que se realiza en el consultorio y que se les deja de tarea aprender a relajarse en casa. Cuando el paciente esta muy ansioso y muy tenso es conveniente aplicar este orden a la terapia y posteriormente la focalización sensorial 1.

Las técnicas de relajación que se utilizan en este apartado hacen referencia básicamente a que el paciente se deje llevar, se abandone, elimine la tensión, esto es, que disminuya su tono muscular, se encuentre entonces relajado y tranquilo. De esta forma, "la relajación se ha convertido en un elemento indispensable de los tratamientos para todo aquel trastorno originado por ansiedad" (Latorre y Bencit, 1992).

Cabe mencionar que las ventajas que aporta la relajación son: un mejor funcionamiento del metabolismo, reducción de la ansiedad, estabilización cardiaca, una respiración armoniosa y profunda, una mayor oxigenación pulmonar, aumento de la velocidad de los reflejos, aumento en la concentración y por tanto, mayor facilidad de aprender, capacidad de relajarse, capacidad de controlar disfunciones menores, mejoramiento general de la salud y armonía entre el cuerpo y la mente (Ruíz Iglesias y Martínez. Estrada, 1997)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es necesario subrayar que en caso de que exista en la pareja resentimiento, enojo o desarmonía en general, esto impide la posibilidad de que la pareja se entregue y disfrute de la interacción física, por lo tanto, se debe considerar trabajar con estos sentimientos es decir, que por medio de técnicas psicoterapéuticas se conviertan en sentimientos placenteros que posibiliten iniciar con el programa sexual.

b) Ejercicios para el consultorio.

Dentro de este rubro se contemplan específicamente las técnicas hipnoterapéuticas de PNL que fueron descritas en el tercer capítulo. En este caso también se deben considerar las características que debe tener el terapeuta, mencionadas anteriormente, y por tanto, se considera que en esta fase, la pareja obtendrá mayores posibilidades de modificar y resolver sus problemas sexuales actuales, aprenderá habilidades para prevenir y resolver futuros problemas de modo autónomo, evitando así las dependencias prolongadas con su terapeuta sexual. Otras técnicas que se emplean en esta fase son: la explicación a través de esquemas, cómics, chistes, diapositivas, videos, revistas, libros, entre otros. Entre las aportaciones más destacadas de ésta fase y que ayudan enormemente a los pacientes, están algunos videos educativos y revistas que se sugiere consultar al final de la bibliografía de este capítulo, así como los siguientes libros:

- ✓ **El hombre sensual.**
- ✓ **La mujer sensual.**
- ✓ **La pareja sensual.**

Evidentemente el sentido de las tareas esta definido en relación con el objetivo terapéutico, tal y como lo mencionan Gindin y Huguet (1993):

1. Obtener un razonable control voluntario de la respuesta eyaculatoria.
2. Acceder a la situación sexual con un mínimo grado de tensión sexual y ansiedad.
3. Obtener y mantener un alto grado de excitación sexual, sin que éste implique una descarga automática.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De esta manera, se debe de considerar que la evaluación de las consultas de los pacientes con disfunciones sexuales no es tarea fácil, ya que no existe una metodología científica adecuada, no obstante, expongo los pasos antes señalados y descritos para el correcto tratamiento de pacientes con disfunciones sexuales, y se debe de considerar el marco teórico, ya que éste nos permite conocer los rasgos que conforman la psicofisiología de este tipo de pacientes, debido a que es fundamental para su análisis (ver anexo no. 4)

4.6 Desarrollo Clínico por sesiones.

El objetivo del presente trabajo es proponer las técnicas de P.N.L. para incidir en el problema del paciente con discontrol eyaculatorio junto con la terapia sexual. La presente propuesta se enfoca básicamente como una modalidad de hacer terapia y de cómo llevar a cabo este proceso en los pacientes. Debido a que esta tesis ilustra casos clínicos pretende ser una aportación a los conocimientos que todo aquel psicólogo clínico debe ampliar.

A continuación se describe lo que se realizará en cada sesión, subrayando que se invita a leer los resultados, ya que no existe un orden específico en las técnicas que se van a emplear en los pacientes, y esto depende de la problemática y las características de la psicofisiología del discontrol eyaculatorio en cada individuo.

En cambio, si es importante e indispensable enfatizar que ante el tratamiento de cualquier disfunción sexual, se requiere tomar en cuenta en el proceso terapéutico, independientemente de que corriente psicoterapéutica se emplee, los siguientes componentes, tal y como lo señala Vázquez (1999):

- 1) **Manejo Correcto del Tono Muscular:** a través de la relajación evitaremos el elemento nocivo clave que es la tensión.
- 2) **Estar aquí y ahora:** si el paciente está en contacto consigo mismo tendrá un mejor control mente-cuerpo, evitando que el paciente este allá y entonces.
- 3) **Aprender a sentir:** el paciente al dirigir su atención a lo que perciben sus sentidos, obtendrá mayor placer y capacidad de maniobra, neutralizando los pensamientos y las emociones negativas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el desarrollo clínico se describe el objetivo y las actividades que lo cubrirán en cada sesión. Es importante mencionar que se da más énfasis a las actividades que el terapeuta debe realizar, debido a que ya están descritas en los apartados anteriores y de acuerdo al marco teórico del presente trabajo. Por lo tanto, sólo se describe la modalidad de cada sesión, mencionando que esta puede abarcar entre una y dos sesiones, dependiendo del paciente.

El tratamiento se llevo a cabo con una visita al terapeuta una vez a la semana y con duración de una hora y se les indico a los pacientes que deben seguir al 100% las indicaciones del terapeuta para la resolución de su problema, ya que de lo contrario el tratamiento no funcionaría, esto implica no tener relaciones sexuales las primeras sesiones y cuando se les pida realizar algún ejercicio sexual deberá ser tal y como lo indica el terapeuta y en las posiciones que éste considera. Por lo tanto, se procede a describir el desarrollo clínico de cada sesión.

PRIMERAS DOS SESIONES.

“EVALUACIÓN”

Objetivos: En estas dos sesiones se obtendrá la información correspondiente a la Historia Clínica Sexual del paciente con discontrol eyaculatorio, logrando determinar qué factores, eventos ó ante que personas experimenta su padecimiento, así como cuáles han sido las opciones a las que ha recurrido y si le han funcionado, también se indagara que pensamientos tiene respecto a su situación, es decir, su auto percepción sexual.

Actividades:

- Aplicación de la Historia Clínica Sexual al paciente y complementarla con la información que nos dé su pareja (ver anexo no. 3).

-Realizar el diagnóstico y posteriormente no se debe descartar si el paciente necesita información sexual en diferentes áreas, esto se puede realizar a través de un espacio entre consultas de preguntas y respuestas ante todas sus dudas y se le puede sugerir la lectura de libros, revistas o ver videos sexuales educativos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Proporcionar información general sobre el tratamiento, es decir, cómo se va a llevar a cabo, especificando el estado actual del paciente y el estado deseado.

-Subrayar las reglas del contrato terapéutico.

De esta forma, tanto los ejercicios en casa como los ejercicios en el consultorio tienen como objetivo principal que el paciente se conecte con el placer y con el erotismo, ya que el paciente con discontrol eyaculatorio está divorciado de éstas dos situaciones, tal como lo mencionan Gindin y Huguet (1993)

3ª SESION.

“FORMULACIÓN”

Objetivo: Analizar con la pareja que la información obtenida en la Historia Clínica Sexual ha sido interpretada correctamente y de esta manera se procede a explicar la psicofisiología del discontrol eyaculatorio.

Actividades:

- Preguntar a la pareja si la información obtenida en la entrevista coincide con su punto de vista y en la manera en que ven el problema.
- Explicar la psicofisiología del discontrol eyaculatorio (ver anexo no. 2) en una pizarra y preguntar si tienen dudas del por qué se da este proceso, así como pedirle al paciente que me platique cómo se siente al tener relaciones sexuales y como se ve él.
- Mencionar a la pareja cuales son los factores que propician la eyaculación precoz.
- Proporcionar a la pareja una sensación de optimismo al saber que hay muchas personas que tienen problemas sexuales y los han superado por medio de la psicoterapia.
- Explicar que hay que modificar ciertas pautas de comportamiento para eliminar el discontrol eyaculatorio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4ª y 5ª SESIÓN:**“SESIONES INFORMATIVAS DE SEXUALIDAD”**

Objetivo: Proporcionar información objetiva a los pacientes respecto a sus dudas e inquietudes sexuales.

Actividades:

- A través de un espacio de preguntas y respuestas se le proporcionara información sexual a los pacientes que se complementara con la sugerencia de la lectura de los siguientes libros: el hombre sensual, la mujer sensual y la pareja sensual, así como de revistas y videos sexuales educativos, también se dará información a través de cómics y diapositivas. Es importante mencionar que se abarca más de una sesión en el transcurso del tratamiento de pacientes con problemas sexuales, ya que muchas veces ha sucedido que el propio paciente demande más información sexual y conocimiento de otras formas de estimulación para poder desempeñarse mejor en la intimidad con su pareja, así esta sesión es como un “comodin” que se adapta a las necesidades y peticiones del paciente, ya que se puede repetir varias veces dependiendo de la solicitud del consultante.

En lo que respecta a esta sesión se recomienda consultar la lista de videos sexuales terapéuticos que se anexa al final de la bibliografía y se tomaran de una a dos sesiones para verlos, explicarlos y analizarlos en consulta. Por tanto, esta sesión depende de en que orden y que películas o videos considere necesario el terapeuta analizar con cada paciente. Los videos son los siguientes:

- ✓ **Cómo gozar plenamente del sexo.**
- ✓ **101 maneras de excitar a su pareja.**
- ✓ **Cómo seducir siempre a su pareja.**
- ✓ **El sexo divertido.**
- ✓ **Cómo durar más.**
- ✓ **Éxtasis**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6ª y 7ª SESIÓN:**NIVELES DE INTERVENCIÓN:****“LA RELAJACIÓN”**

Objetivo: Entrenar al paciente para que aprenda a relajarse, propiciando que disminuya su tono muscular y así lograr tener control de su reflejo eyaculatorio, mejorando de esta forma la “calidad” de su experiencia y desempeño sexual y de esta manera depende el éxito de su tratamiento.

Actividades:

- Enseñar a relajar al paciente por medio de una inducción y dejarle de tarea que lo practique en casa todas las noches antes de dormir durante una semana y a la siguiente sesión nos indicara como le fue. Debido a que la relajación es una herramienta terapéutica sumamente eficaz, ya que al entrar en un estado de trance, lo que se procura es que el paciente asimile las sugerencias enfocadas hacia el problema específico que se esta tratando de solucionar, en este caso, es sexual y de esta manera, el terapeuta pretende consolidar un “nuevo programa mental” que le permita lograr el cambio de comportamientos y pensamientos para lograr su meta terapéutica.

Por tanto, en esta sesión se especifica que se necesita la colaboración total del paciente y de su pareja, ya que se procede a dar inicio al tratamiento de la terapia sexual, informando que se le preguntara cómo se sintió en esta sesión y que le aportó la relajación y en caso de que no pueda relajarse en casa se le volverá a inducir en el consultorio para facilitar este proceso.

La relajación se emplea para facilitar al paciente que se “deje ir”, ya que es fundamental para disfrutar de la relación sexual enseñarles a relajarse, ya que se les permite a los pacientes disminuir los niveles de ansiedad en los que cae producto de la absurda preocupación por su desempeño sexual. Debido a la importancia de la relajación para combatir esta disfunción sexual, se considera que se debe de relajar al paciente en repetidas ocasiones para que el aprenda a hacerlo por su cuenta de modo autónomo y eficaz, por lo cual se procederá a inducirlo con vela, con cassettes de relajación o por diferentes técnicas en las siguientes sesiones.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

8ª SESION:**NIVELES DE INTERVENCIÓN:****PLACEREADO 1**

Objetivo: Mediante el ejercicio sexual denominado placereado 1 por la doctora Kaplan, el paciente enfocara su atención a "sentir", es decir, que se deje abandonar a la experiencia sexual, disfrutando de los besos, caricias y del tipo de estimulación que su pareja le realice, como ya se describió en el apartado 1.7

Actividades:

- Realizar el ejercicio sexual en un ambiente libre de tensión, sin niños que vayan a interrumpir, puede ser en un hotel. Se les indicará que pueden irse antes a bailar o hacer otra actividad en pareja que les agrade a ambos y después el ejercicio. Se enfatiza que el paciente no puede penetrar a su pareja y se les sugiere tomarse todo el tiempo posible, así como indicar a su pareja de que forma les gustaría ser tocado (a) a excepción de los genitales, además se les indicara que pongan música suave e instrumental, como el jazz para involucrarse más en el ejercicio, así como también pueden poner velas aromáticas para darle un toque de sensualidad o se puede vendar los ojos a quien le toque ser tocado o ambos, todo esto para darle a la pareja la sensación de explorar diferentes formas y desarrollar los sentidos al hacer el amor.

- Se le pide al paciente varón que deberá traer en la próxima sesión un reporte por escrito detallado con las siguientes características: ¿qué pensaba y cómo se sentía antes, durante y después del ejercicio sexual?, así en como se pusieron de acuerdo y en cómo se sintió con esta nueva experiencia y describir qué cosas positivas y/o negativas obtuvieron, así como también que nos relate como fue el desarrollo de este ejercicio.

9ª SESIÓN:

**EVALUACION DEL REPORTE DEL PLACEREADO 1
Y REALIZAR EL EJERCICIO SEXUAL PLACEREADO 2**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Objetivo: Evaluar el desempeño sexual del paciente respecto al ejercicio indicado, mediante la narración del reporte, ya que el paciente contara con lujo de detalles cómo le fue y también se le pedirá al paciente realizar el mismo ejercicio con la modalidad de que ahora si puede penetrar a su pareja y puede haber estimulación genital (Placereado 2).

Actividades:

- Pedirle al paciente que nos lea el reporte para su evaluación y al detectar comportamientos y pensamientos inapropiados, el terapeuta le pedirá que subraye el párrafo indicado para que el paciente pueda detectar con mayor facilidad los factores clave que le impiden prolongar más el tiempo que tarda en eyacular y modificarlos en la siguiente relación sexual.

- Se le solicita al paciente realizar el mismo ejercicio sexual con la modalidad de que ahora si puede penetrar a su pareja y que deberá elaborar el reporte con las mismas características que el anterior y con las modalidades que se crean apropiadas para generar cambios en el paciente, por ejemplo: usar diferentes texturas de tela para estimular a la pareja, poner incienso o un difusor con el aroma que les guste, tomarse una copa antes, bañarse antes de realizar el ejercicio y después untar aceite de bebé en el cuerpo de la pareja a quien le toque ser tocado, para así deslizarse suavemente sobre la silueta de su pareja, poner pétalos de rosas, gardenias, yerberas o de las flores que más les gusten sobre la cama o en otro lugar donde vayan a hacer el ejercicio, en un hotel donde tengan espejos en el techo y en las paredes, untar miel o chantilly en el cuerpo de la mujer cuando vaya a ser tocada, en fin, toda la diversidad de elementos que propicien para que sea una velada romántica y especial, siempre y cuando los dos miembros de la pareja estén de acuerdo sean responsables, respetuosos y honestos respecto a sus pensamientos y sus actos. El terapeuta debe de considerar estos factores y hacer mención que se hagan responsables de sus actos y que no hagan cosas que pongan en riesgo la seguridad de ambos.

10ª SESION:

EVALUACIÓN DEL EJERCICIO PLACEREADO 2.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Objetivo: La finalidad de este ejercicio es que el paciente detecte los pensamientos, sentimientos y emociones que experimenta al realizar esta actividad sexual, siendo los causantes de su inadecuado desempeño sexual.

Actividades:

- Que el paciente nos lea el reporte y pedirle que subraye el párrafo cuando se considere necesario, pidiéndole nuevamente que se percate de que debe modificar ciertos comportamientos y pensamientos.
- En caso de que el paciente nos comente en esta o en cualquier sesión de que sigue tenso, nervioso o preocupado se le volverá a inducir y se le dejara de tarea practicar la relajación.
- A partir de esta sesión se le pedirá a la pareja que independientemente de las tareas que se dejen en las siguientes sesiones, ellos deberán tener relaciones sexuales en ciertas posiciones para facilitar que el hombre retarde más su eyaculación, primero con la mujer arriba del hombre, posición lateral, de misionero, genopectoral (de perrito) y por último de piernas a hombros, tomando en cuenta las sugerencias del terapeuta al hacer cosas novedosas en la cama y tomarse todo el tiempo para generar relaciones sexuales ingeniosas fuera de la rutina y de lo común, (ver anexo no. 7) pues es importante y tendrá un gran efecto positivo en la terapia. También se sugiere ver la película que protagoniza Kim Bassinger, "9 ½ semanas".

11ª SESIÓN:

VISUALIZACIÓN CREATIVA

Objetivo: Proporcionar por medio de esta técnica los elementos para que el paciente se vea a sí mismo haciendo los cambios necesarios para poder demorar el tiempo que tarda en eyacular.

Actividades:

- Por medio de una inducción hipnótica y ya en estado de relajación pedirle al paciente que se visualice a sí mismo retardando el momento de su eyaculación y que su desempeño sexual es tal y como él lo desea, utilizando todos y cada uno de los sistemas de

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

representación, esto es, que se vea, que se escuche, que sienta más tranquilo, relajado y posteriormente antes de despertarlo hay que dar sugerencias poshipnóticas. Para más información de esta técnica consultar el tercer capítulo.

12ª SESIÓN:

METÁFORAS

Objetivo: Por medio de la técnica de PNL denominada “metáforas” se pretende que el paciente modifique algunas pautas de comportamiento que afectan su desempeño sexual, tal y como Erickson se basaba en la narración de relatos metafóricos que incluían sugerencias indirectas encaminadas a la resolución de las dificultades personales del paciente.

Actividades:

- Por medio de una conversación con el paciente sobre los pensamientos y sentimientos que anteceden y propician su inadecuado desempeño sexual, se le pedirá que considere que una parte de él está teniendo relaciones sexuales con su pareja y la otra parte está afuera de la escena sexual juzgando, criticando y reprobando su desempeño sexual, todo esto con el objetivo de que el paciente se de cuenta de que sólo debe enfocar su atención y sus sentidos y sensaciones en el acto sexual. Por tanto, se procederá a la narración del cuento corto la abeja y su panal.

13ª SESIÓN:

LÍNEA DE VIDA.

Objetivo: Proporcionar al paciente los recursos que él ha tenido en ocasiones pasadas para retardar la eyaculación por medio de la técnica de PNL denominada: línea de vida

Actividades:

- Realizar la aplicación de la técnica de línea de vida en el paciente, tal y como fue explicada en el capítulo anterior.

RESULTADOS.

“Los terapeutas que obtienen mejores resultados poseen unas facultades comunicativas y desarrollan comportamientos que no están contenidos explícitamente en los correspondientes modelos terapéuticos en que se apoyan, no se aprenden de manera explícita cuando se estudian estos procedimientos”

Weerth, Rupprecht (1998)

El presente apartado hace referencia a la descripción de los resultados obtenidos durante el transcurso de las sesiones terapéuticas en el tratamiento de pacientes con discontrol eyaculatorio. Es importante recordar que se considero como requisito que el paciente tuviera pareja estable durante el tratamiento, ya que como se menciona al principio de este trabajo, se deben realizar los ejercicios sexuales prescritos. Otras de las características importantes a mencionar de estos pacientes están en que todos tienen un nivel de estudios de licenciatura, su posición económica es media, son de nacionalidad mexicana, heterosexuales y tienen pleno conocimiento de su disfunción sexual, por lo cual buscaron ayuda.

A continuación se procede a detallar los logros obtenidos durante el tratamiento de manera individual y posteriormente se describen de manera general, considerando los aspectos que tuvieron en común respecto a la disfunción sexual, psicofisiología y tratamiento terapéutico. Es necesario mencionar que los resultados se describen por rubros para tener en orden la información obtenida y para poder representarlos de una manera más clara y se cita entre comillas, por que son frases textuales de los propios pacientes, así como también son nombres inventados por ellos mismos. Por tanto empezaré con el primer paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DATOS PERSONALES:

Nombre: Fernando V.
Edad: 27 años.
Ocupación: Contador
Religión: Católica
Vida Sexual Actual: 2 o 3 veces por semana
Estado Civil: Soltero
Pareja: Elena M.
Edad: 25 años.
Ocupación: Contadora.

RETRATO DEL PACIENTE:

Fernando llega a la consulta puntual, viste de forma casual, su complexión es delgada, es expresivo, su actitud ante el interrogatorio al principio es con timidez pero en cuanto avanza la sesión se va soltando más, incluso hasta hace alusión a su buen sentido del humor, se expresa bien con respecto a su problema y en ocasiones se inhibe pero luego suelta un chascarrillo, su sistema representacional más utilizado es el visual y se describe como se ve él teniendo relaciones sexuales con su pareja Elena.

ANÁLISIS DEL PROBLEMA:

El motivo por el cual Fernando al igual que los otros pacientes vienen a consulta es que eyaculan antes del momento en el que ellos desean, menciona que de un tiempo para acá tiene esta dificultad (hace seis meses) y su pareja actual (Elena) le sugirió ir a consulta, pues ambos están posponiendo sus encuentros sexuales y a esto hay que agregar que tienen la idea de casarse, ambos llegaron al acuerdo de que si no mejoran su vida sexual, no tiene ningún sentido comprometerse. El paciente hace mención de que en ocasiones cuando se encuentra relajado en un ambiente agradable, después de ir

bailar con su novia o de una fiesta esto no sucede y se ha percatado que incluso tarda más tiempo en eyacular y ambos se la pasan muy bien.

Al ser entrevistado se detecta que Fernando tiene pensamientos de que le va a ir mal en su relación sexual, tiene ansiedad, una educación sexual deficiente aún cuando son jóvenes y han leído libros sobre el tema, buscan información sexual. Fernando tiene sobre todo la "presión" de satisfacer a Elena pues si la quiere y desea casarse con ella. Menciona que antes de que se percatara de este problema tenía otra novia con la que sucedía lo mismo pero no era tan frecuente y no le daba tanta importancia, pues era una relación sin compromiso y no se sentía con la necesidad de cambiar, no estaba tenso ni preocupado.

"Antes mi frecuencia de tener relaciones sexuales era de tres veces a la semana ahora es de solo una vez y eso con la presión de hacerlo bien", menciona que ella también tiene dificultades sexuales, no siente que su pareja en realidad tenga orgasmos, por lo que ambos están solicitando el tratamiento. El paciente hace mención a que siempre ha presentado este problema desde el inicio de su vida sexual, pero ahora su pareja le propuso modificar su vida sexual, él siente que le ha puesto un límite y de ahí él cree que se ha complicado más su relación sexual. Ahora se ha dado cuenta de que ambos han estado posponiendo por semanas su vida sexual, a partir de que su pareja le propuso ir a terapia. Se interroga a Elena para complementar la información de su pareja y tener en cuenta su punto de vista, las expectativas de ambos respecto al tratamiento y se les explica detalladamente el plan terapéutico sintetizado. Ambos mencionan que es la primera vez que acuden a terapia y que no habían buscado otro tipo de ayuda. En lo referente a la evaluación del desarrollo sexual de Fernando los datos muestran que cuando él se masturba considera que tarda en eyacular, sus juegos sexuales en la infancia fueron placenteros y estos sucedieron preferentemente con sus primas y sus amigas, recuerda que desde que estaba en la secundaria tenía fantasías eróticas con las chicas que le gustaban, soñaba que las tocaba y tenía relaciones con ellas. Respecto a sus parejas sexuales, Fernando menciona que siempre se ha cuidado usando el condón y que solo ha tenido pocas parejas desde su percepción y que su desempeño sexual no es como él quisiera que fuera.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRATAMIENTO:

En las dos primeras sesiones se procedió a que la pareja respondiera a las interrogantes que se les hicieron para realizar su Historia Clínica Sexual, mostrándose entusiasmados y con muchas dudas e inquietudes, posteriormente, se procedió a que cada uno leyera los siguientes libros: el hombre sensual, la mujer sensual y la pareja sensual y después reflexionaran respecto al contenido de cada libro y si tenían dudas deberían preguntar durante las siguientes consultas para aclarar mejor la información obtenida. Al final de la segunda sesión se les explicó la psicofisiología del discontrol eyaculatorio, la anorgasmia y la disfunción eréctil recurriendo a cómics y diapositivas para complementar la información. Como Fernando hizo alusión a que se tardaba más tiempo en eyacular cuando se sentía relajado se procedió a hipnotizarlo y se le dejó de tarea practicarlo con la intención de que aprendiera a relajarse. Es importante mencionar que desde la primera sesión se les pidió a las tres parejas que no tuvieran relaciones sexuales hasta que se les indicara y en caso de omitir la petición, se les sugirió que si lo hacían fuera en las siguientes posiciones: la mujer arriba del hombre, lateral, de misionero, genopectural o bien de piernas a hombros.

Posteriormente se les dejó de tarea el ejercicio sexual conocido como placereado 1 y se encontró que Fernando se sentía con temor, se visualizaba haciendo el "ridículo" pensando en que le iba a ir mal desde antes de hacer el ejercicio, "pensé que iba a mejorar pero todo fue en vano", afirmaba con tristeza, a lo que le respondí con una interrogante ¿Qué cosas positivas te han sucedido respecto a este ejercicio y quieres que te sigan sucediendo? Él paciente respondió deslumbrado: "Sabes el ejercicio fue innovador para ambos por que nunca habíamos pensado en hacer el amor de manera tan diferente, Elena por supuesto quedó fascinada al tener ella el control de iniciar, de tocarme y de explorar nuestros cuerpos y yo me deslumbré al percatarme de que me sentía tan excitado sin que Elena haya acariciado mis genitales, fue como darnos cuenta de que no conocemos nuestros cuerpos, ni sabemos como nos gusta ser tocados. Fue fascinante descubrirnos tan excitados con tan solo cambiar la rutina, pero en especial, él darme cuenta de que disfrute explorar que hay otras formas de excitarme y sentirme bien, no solo con penetrar a mi pareja". A lo que esta interrogante causo en ellos un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

reencadre literal, es decir, una manera diferente de ver el ejercicio (problema para ellos), viendo las cosas positivas y no encasillarse en lo negativo.

Para la siguiente sesión se procedió al ejercicio placereado 2, mencionando que Elena se percató que tardo su pareja más tiempo en eyacular. De esta manera, se procedió a seguir paso a paso las sesiones terapéuticas descritas en el apartado anterior, teniendo mucha facilidad el paciente para realizar el ejercicio de visualización creativa y desde esta sesión se hace más notable el cambio en el paciente, pues ha actualizado sus imágenes mentales negativas cambiándolas por positivas, es decir, en relaciones sexuales satisfactorias y visualizando que cada vez él tiene mayor control de retardar su eyaculación, lo que se consolida en las siguientes sesiones y al tener mayor información sexual la pareja hace mención de que evidentemente esto los hace sentirse más seguros y manejar mejor su desempeño sexual, las sesiones informativas a las que se recurrieron con este paciente fueron los libros y algunos videos sexuales, se le recomendó en especial que vieran juntos la película 9 ½ semanas, a la siguiente sesión vinieron más entusiasmados y mejorando su situación ambos. En lo referente a la sesión en la que se leyó la metáfora, ambos pacientes comentaron posteriormente que por que era esa sesión, les sorprendió y ambos solicitaron que se repitiera.

En la sesión de línea de vida Fernando hace mención a tener como recurso el estar tranquilo y relajado para mejorar muchísimo más su desempeño sexual, por tanto al hacer el ejercicio se le puso un ancla en su muñeca izquierda para poder recurrir a este estado deseado las veces que el paciente quiera y no sólo en el aspecto sexual, posteriormente hace mención a que este mismo recurso lo emplea a nivel laboral y en la escuela a la hora de presentar los exámenes. Evidentemente a partir de la sesión en la que se les solicita realizar el ejercicio placereado 2 se notan los cambios hechos en consulta, pues Fernando empieza a prolongar progresivamente el tiempo en que tarda en eyacular y con la ayuda y motivación de su pareja facilitan más el proceso terapéutico, ya que ambos están interesados completamente en mejorar su vida sexual y deciden en esta sesión que si se van a casar, ya que quieren probar y disfrutar entre ellos todos los conocimientos y habilidades que obtuvieron en el tratamiento. Debido a esta situación y a la edad de esta pareja, es importante mencionar que el tratamiento fue

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

avanzando debido a la disposición de ambos y que la pareja se percató de las conductas que debía modificar para mejorar su desempeño sexual por lo que mejoraron también su relación sentimental.

SEGUNDO PACIENTE.

DATOS PERSONALES:

Nombre:	Francisco R.
Edad:	33 años.
Ocupación:	Ingeniero
Religión:	Católica
Vida Sexual Actual:	1 vez por semana
Estado Civil:	Casado
Pareja:	Ana
Edad:	30 años.
Ocupación:	Maestra

RETRATO DEL PACIENTE:

Francisco de 33 años de edad llega a su primer consulta con veinte minutos de retraso muy apenado, ansioso y sudando mucho, viste de traje aunque mal alineado, es decir, no son combinables los colores de su vestimenta y se ve muy fatigado, su complexión es media, tiene muchas canas para su edad, lo que le hace aparentar más edad de la que tiene. Su actitud ante el interrogatorio es con mucho nerviosismo y racionalizando, se le ofrece una bebida para refrescarse y me percató que titubea mucho para tomar su refresco, sus piernas se mueven constantemente de un lado hacia el otro, en especial la izquierda, titubea y se trava al responder las preguntas de la entrevista y eso que se esta interrogando apenas sus datos personales. Su cuerpo denota mucha tensión, aún cuando tiene los tics de las piernas, está muy rígido en especial del cuello y la espalda.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DEL PROBLEMA:

El motivo por el cual Francisco acude a consulta es que desea retardar más tiempo su eyaculación, menciona que su expectativa ante este tratamiento es que ya no tenga problemas con la erección puesto que de un tiempo para acá no tiene erección cuando desea tener relaciones sexuales y cuando la tiene es a medias. El paciente comenta: "Antes solo era que me venía muy rápido pero ahora también tengo este otro problemita, me siento muy desesperado y no se que hacer. El hecho de eyacular rápido ha sido desde siempre, solo en raras ocasiones tardo unos minutos más como cuando estaba en mi luna de miel, en vacaciones o cuando nos vamos a bailar y me tomo unas copas. Mi esposa me ha puesto un ultimátum o mejoro sexualmente o se divorcia de mí". Ana su esposa desde hace seis años se dedica a dar clases en una preparatoria y en su primera sesión no lo acompaña.

"Desde hace tres años ha ido empeorando mi matrimonio debido a esto, ya que en todas las demás áreas estamos muy bien y aunque tengamos problemas siempre hemos salido adelante, ahora que reflexiono recuerdo que empecé a perder la erección a partir de que ella me puso el ultimátum, esto fue hace un año, incluso me he puesto a prueba con otra mujer, una antigua pareja que ahora es viuda y que no me metería en problemas, no se lo diría a mi mujer pues sabe que solo la aprecio, le tengo cariño y lo hace por ayudarme, es muy buena onda conmigo me trata muy bien y cuando estos dos problemitas aparecen me reconforta el escuchar, date todo tu tiempo, simplemente no quiere y ya no hay más, no seas terco". Francisco menciona que antes en un segundo intento con su esposa tardaba más en comparación con el primero y que Ana lo alentaba a prolongar más el juego amoroso, para que ella pudiera quedar satisfecha, ahora ya no permite que la toque puesto que la deja a medias y prefiere mejor no empezar. Ambos han hablado abiertamente del tema y Ana está dispuesta a acudir a terapia incluso le ha dicho que todavía lo ama pero que no puede soportar que esta situación continúe así. En lo referente a sus expectativas Francisco menciona que desea poder tener la seguridad y certeza de tener una erección y que quiere aprender a tardarse al eyacular, estos problemas han aparecido y empeorado desde que Ana le puso el ultimátum, en cambio al ponerse a prueba con otra mujer se ha percatado que con ella si tiene erección a veces

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

y con su esposa no, a lo que el propone desesperadamente que le recete "viagra", el medicamento mundialmente conocido para solucionar el problema de la disfunción eréctil, "pues así podré tener relaciones sexuales con Ana".

Se le comenta que primeramente tenemos que realizar un minucioso interrogatorio para conocer la etiología de esta disfunción, ya que el no poder tener una erección depende si es causa orgánica, psicológica o mixta y dependiendo de la naturaleza exacta del problema es como se decide el nivel de intervención en que se tendrá que actuar, es decir, a partir de la evaluación de la Historia Clínica Sexual se obtendrán los datos que evidencien como se abordara la problemática, en caso de sospechar que la disfunción eréctil es de índole psicológica se procede a dar terapia sexual y si se sospecha que es de origen orgánica se deben realizar análisis clínicos para corroborar y a partir de ahí se decide si es conveniente o no recurrir al medicamento y la dosis indicada para el paciente. En este caso se sospecha y se confirma de acuerdo al interrogatorio que la etiología de la disfunción eréctil es psicológica, por lo que se le comento a Francisco que es mejor aprender a nadar que usar siempre un salvavidas (viagra), esta metáfora hace alusión a que es más adecuado que el aprenda a detectar que cae en un nivel de ansiedad tan elevado que segrega adrenalina, lo que ocasiona que no haya erección y que aprenda a estar tranquilo y relajado para no afectar este proceso.

TRATAMIENTO:

Durante la primera sesión se empieza a indagar sus datos personales y acerca de su vida sexual, ante esta última situación se pone rojo y enmudece, por lo que considero necesario cambiar de tema y hacer alusión al clima, al tráfico y al libro que trae en sus manos para generar más confianza con él, le propongo posponer para la siguiente sesión el interrogatorio, a lo que el se queda sorprendido y le menciono que considero conveniente en esta sesión relajarlo, ya que se encuentra muy nervioso en especial por ser yo mujer y apenado de tener que hablar conmigo acerca de su vida sexual y por tanto, agradece que suavice la sesión, así que le solicito que acuda al sanitario para después relajarlo. Le pido que apague su celular solo en lo que dura la sesión y procedo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a relajarlo, el interrumpe la sesión diciendo que le esta costando mucho trabajo relajarse, por lo que le sugiero poner un fondo musical, le pregunto si le gusta el mar, a lo que el contesta que le encantaría irse en este momento a la playa para relajarse. Procedo a relajarlo con mi voz y poniendo de fondo el sonido de las olas del mar y antes de terminar se le dan sugerencias poshipnóticas de que la próxima vez que se relaje lo hará más profundamente y se sentirá mejor, más tranquilo y recordando todo el proceso. Al terminar la inducción ya no se le interroga y se le deja de tarea aprender a relajarse en casa todas las noches y si tiene dificultades o dudas le sugiero que me hable por teléfono para asesorarlo. Se le explica en la pizarra los pasos de la técnica de relajación y se le dice que en la próxima sesión sentirá el cambio y se le seguirá interrogando acerca de su vida sexual, por lo que se le invita a ser más cooperativo a lo que el sonríe y responde que se sintió mejor con la relajación, "me ha quitado un peso de encima pues estaba yo muy nervioso por ser la primera vez que le platico a alguien de mis problemas sexuales"

Durante la siguiente sesión el paciente me explica que se pone a prueba con otra mujer y que si ha tenido erección pero que no ha mejorado respecto al retardar su eyaculación, menciona también que nunca le ha puesto el cuerno a su esposa y que en esta ocasión no siente que sea la excepción pues lo hace para percatarse de sus errores y corregirlos con su esposa, subrayando que no desea que se comente esta información con ella, pues lo dejaría y pide que sea parte de la confidencialidad de la entrevista a lo que respondo afirmativamente. Se le indica que no tenga relaciones sexuales hasta que yo lo considere apropiado para el tratamiento. Francisco comenta que ama a su esposa y que no la quiere perder ni a ella ni a sus hijos, Ana le ha mencionado que lo va acompañar a terapia y que quiere ella también tomar este proceso para solicitar información de cómo darles a sus hijos una educación sexual pues esta preocupada por este aspecto y quiere lo mejor para su familia.

Se le solicita a Francisco que para la siguiente sesión lo acompañe Ana para que proporcione su punto de vista respecto al problema y así poder explicarles la psicofisiología del discontrol eyaculatorio y corroborar la formulación de la información obtenida durante el interrogatorio. Es indispensable mencionar que se detectó que Francisco tiene disfunción eréctil psicogénica, ya que al preguntar si tenía erección

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mientras estaba dormido su esposa comento que sí y el confeso con mucha pena que al masturbarse a solas a veces lograba la erección a medias. Es obvio que con este paciente se dieron varias sesiones de relajación debido al alto nivel de ansiedad en los que cae producto de su absurda preocupación y se recurrió a las técnicas de inducción con vela, con péndulo, confusión y levitación de mano, recurriendo a sugerencias poshipnóticas de que en las siguientes sesiones se iría relajando más profundamente y recurriendo posteriormente a la visualización creativa.

En lo referente a las sesiones informativas se procedió a dar prioridad al hecho de explicarle el mecanismo por el cual tenía ambas disfunciones sexuales a través de cómics, diapositivas, libros, revistas y videos, posteriormente en sesiones aparte dar información de educación sexual para sus hijos. Es importante mencionar que Francisco fue el paciente con el que se vieron más videos en consulta, pues le costaba mucho trabajo visualizarse a el mismo haciendo los cambios necesarios y también para indicarle que debe de ser menos cuadrado, es decir, debe de considerar la idea de hacer cosas diferentes en la cama, de darse permiso a experimentar diferentes tipos de estimulación, cambio de horario de hacer el amor, cambio de posiciones sexuales, cambio de lugar, en fin renovarse, petición que hizo la esposa con mucha insistencia, ya que menciona que casi siempre le ha hecho el amor de la misma manera en el mismo lugar y que eso ha sido parte del por qué ella le puso el ultimátum.

Cuando se vio en consulta la película de 9 ½ semanas, 101 formas de excitar a tu pareja y el sexo divertido entre otros, Francisco empezó a comprender los cambios que debía hacer y que su esposa estaba entusiasmada en que lo hiciera, pues desde tiempo atrás se lo había pedido. Con estas sesiones de videos, el paciente empezó a tener mejor noción de lo que debía hacer y su esposa agradeció el tener de apoyo los videos.

Después de las sesiones de relajación y de información se procedió a dejar de tarea los ejercicios de placereado 1 y 2, a lo que el paciente los vio como una oportunidad de tener intimidad con Ana y detectando con mayor claridad en sus reportes, cuales son las conductas y pensamientos que debe de cambiar para funcionar bien. Ante estos ejercicios el paciente tuvo muchas deficiencias, aún cuando sabía que debía cambiar, lo que le ocasiono una sensación de fracaso, y en este caso, se le indico que viera esta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

etapa del tratamiento como una forma de darse permiso para "sentir" y volver a repetir la experiencia solo que esta vez sería placentera, aún cuando tenía conocimiento de que no iba a cambiar mágicamente en este ejercicio. Es importante mencionar que esta sensación de fracaso la considera por que al realizar la segunda parte del ejercicio (placereado 2) no tuvo erección y debía tenerla según su punto de vista. Posteriormente, se considera pertinente realizar el ejercicio de las metáforas indicado en el capítulo anterior y también se dio lectura al cuento del hombre de criptonita y se cierra la sesión sin permitirle al paciente ningún comentario respecto a estos dos cuentos. En la siguiente sesión se continúa relajando al paciente y se hace el ejercicio de línea de vida. Es necesario mencionar que este paciente fue el que tuvo más dificultades para darse cuenta de los errores en los que estaba cayendo y que provocaban sus problemas sexuales y debido a eso fue el que más sesiones tuvo durante su tratamiento, en cambio, su esposa tomaba estas sesiones como una oportunidad de ayudarle a su pareja, ya que esta totalmente dispuesta a hacer los cambios necesarios para salvar su matrimonio y ella no veía las sesiones como un fracaso sino como una oportunidad de aprender a mejorar su vida sexual.

TERCER PACIENTE.

DATOS PERSONALES:

Nombre:	Jesús S.
Edad:	41 años.
Ocupación:	Abogado
Religión:	No cree
Vida Sexual Actual:	2 veces por semana
Estado Civil:	Divorciado
Pareja:	Patricia
Edad:	35 años.
Ocupación:	Secretaría

RETRATO DEL PACIENTE:

Acude puntualmente a su cita, con su portafolios de piel, clásico de los abogados, su vestimenta es impecable, viste un traje de marca prestigiada, es alto y delgado, complexión media y se ve mucho más joven en comparación con su edad cronológica. Me platica con suma confianza, su desenvolvimiento ante la entrevista es con claridad en comparación con los otros pacientes, es el que mejor se expresa, sus argumentos son contundentes, es decir, tiene muy clara la idea de cómo solucionarlo, pero no le está funcionando, incluso solicita que se le de mayor información sexual para poder ampliar sus conocimientos. Es evidente ante cualquier persona que su profesión es litigar, ya que en su forma de expresarse lo dice todo. Su actitud ante el interrogatorio denota tranquilidad y su sistema representacional preferido es el visual.

ANÁLISIS DEL PROBLEMA:

El paciente hace mención que desea tener mayor información y mejorar su desempeño sexual del que ha tenido hasta ahora, quiere tardarse más. No presenta dificultades con la erección, ni presenta enfermedades que pudieran afectar este proceso. A su edad se encuentra muy sano, ya que practica mucho el deporte, en especial el correr y yoga desde joven. Nunca ha presentado problema con la erección y al principio de su vida sexual recuerda que eyaculaba rápido, pero que con el tiempo y con la yoga fue modificando este y otros aspectos de su vida. Ahora con su actual pareja Patricia que es más joven que él, ha tenido este problema y menciona que le preocupa mucho que su desempeño sexual sea tan impecable como su porte, pues quiere consolidar la relación, es decir, que vivan juntos. Desea satisfacer plenamente a su pareja y que ella se involucre más en la relación, pues piensa que por ser ella más joven lo va a comparar con otros hombres. Se desenvuelve con mucha facilidad ante el interrogatorio, no tiene inhibiciones y comenta que se siente como un joven, con muchas ganas de vivir esta relación a todo lo que de. Sus expectativas ante el tratamiento son el sacar el mayor provecho de la terapia y consolidar su relación sentimental, "el problema no es tan grave indica Jesús solo que estoy aquí para mejorarlo y no esperar a que empeore para venir a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

terapia". Menciona que cuando han platicado el y su pareja de formalizar la relación y de sus planes para vivir juntos o cuando se han escapado un fin de semana para vacacionar el siente que tarda más en eyacular pero en cuanto se entera que a su pareja la llaman sus antiguos novios, pretendientes o amigos el empieza a preocuparse por su desempeño sexual y es a partir de ahí donde el siente que eyacula rápidamente. Su frecuencia de tener relaciones es de dos veces por semana.

TRATAMIENTO:

Se empieza por recopilar la información de su vida sexual por medio de la Historia Clínica Sexual, después se le induce y se trabaja junto con la visualización creativa, por medio de imágenes mentales excitantes y positivas, en las cuales se ve el paciente a sí mismo asociado con la mejoría de su desempeño sexual, disfrutando del encuentro sexual y recurriendo a las sugerencias poshipnóticas de que cada vez que tenga relaciones sexuales será tal y como en su mente las disfrutó (se trabaja en conjunto relajación y visualización creativa debido a que tiene mucha facilidad y habilidad puesto que practica yoga)

En las dos siguientes sesiones se prescribe el ejercicio placereado 1 y 2 , teniendo buenos resultados, Jesús menciona que "fue una experiencia muy emocionante para el y Patricia, ya que ambos se excitaron mucho y les agrado". Ambos solicitaron mayor información sexual y se vio el video 101 formas de excitar a tu pareja en la siguiente sesión, ya que los reportes del ejercicio sexual anterior mostraron pocos cambios a modificar. De esta manera, el paciente se percató que cuando se abandona completamente a la experiencia y se deja llevar como cuando baila es cuando retarda mucho más la eyaculación, ya que menciona que disfruta mucho el bailar para sacar todo el estrés que tiene y que se ha percatado que ha mejorado, pues ha dejado de preocuparse y enfoca su atención a "sentir".

La pareja menciona que ha sido muy satisfactorio el estar en consulta, pues ha tenido muchísimos beneficios como el darse cuenta de que existen miles de posibilidades de tener un encuentro amoroso, hay que dejar de lado la rutina y hay que ser más creativos para poder mejorar aún más su vida sexual, pues desean experimentar juntos toda esta gama

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de posibilidades, aún y cuando al principio Patricia se sentía apenada ahora también es notable su postura ante su vida sexual, por lo que solicitan mayor información sexual y ver más videos que les generen cambios respecto a su sexualidad (ver anexo no. 7)

Se trabaja en la siguiente sesión con la técnica de línea de vida con Jesús, en tanto que con Patricia se trabaja con metáforas, pues es ella la que tiene mayor dificultad para sentir y se le sugiere que ahora ella continúe el tratamiento pues Jesús ha tenido una evolución notable desde la segunda sesión, argumentando que le preocupaba mucho el darle placer a Patricia, y cuando él se percató de las dificultades sexuales que ella tiene renuncio a la idea de que era su responsabilidad, y en cambio solicito que se le ayudara a su pareja y que él iba a apoyarla, por lo que se le sugirió que le vendara los ojos a su novia, pues ella siempre estaba muy al pendiente de los movimientos que fuera a hacer él. A lo que se le sugirió que replicaran algunas escenas de los videos que les fueron excitantes a ambos y que ella le escribiera en una carta con lujo de detalles cual era su fantasía sexual y llevarla a cabo. Evidentemente este paciente fue el que menos sesiones tuvo durante su tratamiento y desde el principio él supo cuales eran las conductas que debía corregir para lograr su estado deseado.

RESULTADOS GENERALES:

Dentro de este rubro se menciona a grosso modo las similitudes y diferencias del tratamiento de los pacientes, ya que aparentemente en los resultados individuales solo se describen las características de las sesiones y de cada uno de los pacientes, en cambio en este apartado encontraremos datos muy interesantes a considerar dentro de las conclusiones a las que se llegó al terminar el tratamiento con cada uno de los pacientes. Entre las similitudes y diferencias que tuvieron estos tres pacientes se encuentran:

- Los pacientes no tuvieron durante su desarrollo experiencias sexuales que ellos calificquen como amenazantes y/o traumáticas, incluyendo dentro de este rubro el abuso sexual y/o violación, situación que en caso de encontrarse se le debe de dar prioridad en terapia y posteriormente abordar la disfunción sexual.

- Tanto Fernando como Francisco no tienen información sexual objetiva y concreta, ambos tienen poca experiencia sexual respecto al número de compañeras o parejas sexuales, lo que es predecible que si no hay más encuentros con otras personas como van ellos a darse cuenta de sus errores y sobre todo lo que les resta la oportunidad de generar práctica y habilidades en lo sexual.
- Es evidente en los tres pacientes el temor al fracaso, la ansiedad, el miedo, la autoobservación, la fantasía catastrófica y la deficiente información sexual como factores a corregir durante el tratamiento, entre otros.
- Debido a la enorme responsabilidad de dejar satisfecha a su pareja, de retardar el tiempo en que eyaculan y de eliminar la ansiedad, se procedió a enseñar a los pacientes a relajarse y quien tuvo menos sesiones de relajación fue Jesús.
- A todos se les pidió que no tuvieran relaciones sexuales hasta que se les dijera y que en caso de tener encuentros sexuales respetaran las siguientes posiciones y no pasar de la primera a la última, pues evidentemente tienen un orden jerárquico para que el paciente vaya avanzando y retardar su eyaculación, pues empieza a tener relaciones en donde casi no tiene él control y movimiento hasta donde el ya es más activo, las posiciones son las siguientes: la mujer arriba de él, lateral, misionero, genopectural, piernas a hombros.
- A todos los pacientes se les hizo la prescripción de que ignoraran el tiempo en que tardaban en eyacular, es decir, que no estuvieran al pendiente. En cambio se platicó a solas con sus parejas y ellas nos darían la información complementaria de cómo iba avanzando su pareja, todo esto con la finalidad de que los varones eliminaran la absurda idea de tener control del tiempo y en cambio se enfocaran a disfrutar cada encuentro sexual plenamente.
- El paciente que tuvo mayor capacidad de análisis respecto a su problema y que desde el principio tuvo cambios significativos fue Jesús, debido a que él sabía que estaba ocasionando su problema por lo que hizo los cambios necesarios para lograr su estado deseado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Las parejas siguieron el tratamiento de acuerdo a lo que se denomina desensibilización sistemática, es decir, en base a prácticas sexuales en diferentes niveles de excitación y dificultad cada vez mayor, ya que entre sesión y sesión se examinan en consulta las ideas, pensamientos y sensaciones que viven en cada ejercicio sexual, para lograr que la pareja vea desde una óptica diferente la forma de mirar el problema, esto es, que se visualice a sí mismo "en un estado asociado" (que se vea, que se sienta y que se escuche realizando los cambios deseados) de acuerdo con la PNL.
- La forma en que se aborda cada pareja con disfunción sexual en terapia es diferente, pues se debe hacer un traje a la medida de cada paciente, de acuerdo a sus características, sentimientos y actitudes, ya que no se trabaja igual, ni en el mismo orden, aún cuando todos tenían la misma disfunción sexual, debido a que cada individuo es completamente diferente.
- Por medio de los ejercicios sexuales prescritos como placereado 1 y placereado 2, se pretende fomentar el arte de las caricias, la creatividad y el tener conocimiento de que nuestro cuerpo es un mapa sensorial a explorar, ya que no conocemos donde nos gusta que nos toquen y de que forma nos gusta ser tocados, por lo que estos ejercicios son tan novedosos como útiles en la terapia, ya que fomentan en la pareja la capacidad de darse permiso a explorar nuevas formas dentro de su sexualidad y preparar la escena sexual haciendo cosas novedosas.

CONCLUSIONES

“La mayoría de nuestros éxitos terapéuticos se pueden atribuir a las fases iniciales de la psicoterapia... Como lo es en el ajedrez, el juego se gana o se pierde desde en la apertura”

Richard Rabkin
Strategic Psychotherapy

Si bien uno de los muchos placeres que nos da la vida es el sexo, que mejor que aprender a disfrutarlo plenamente en compañía de la persona amada. Esta científicamente comprobado que tener relaciones sexuales satisfactorias es el mejor ejercicio que podemos tener para mejorar nuestra salud, ya que diversas investigaciones han revelado que el placer en la cama previene infartos, ayuda a lucir más joven, a bajar de peso, fortalece el sistema inmunológico y mejora el estado emocional, en fin, el sexo hace bien a la salud, ya que cuando se tienen relaciones sexuales el cuerpo humano produce hormonas de crecimiento y endorfinas cerebrales que mejoran el estado del cuerpo y la mente. Evidentemente después de tener una relación sexual placentera nos sentimos bien y esto repercute positivamente en las demás actividades que realizamos.

Actualmente se tiene mayor información en materia sexual que en décadas pasadas, debido a la necesidad de orientar a la población de los riesgos de contagiarse de enfermedades de transmisión sexual como lo es el temible Sida, pero aún con toda esta campaña publicitaria de cuidarse sexualmente, siguen existiendo enormes deficiencias en esta área, debido a que hace falta crear y difundir una cultura por una eficiente educación sexual, ya que en un elevado porcentaje hombres y mujeres tienen trastornos en materia sexual, esto va desde que no saben disfrutar sus relaciones sexuales, las dudas, mitos, temores o inquietudes que experimentan respecto a su preferencia sexual, la ignorancia de cómo protegerse para evitar un embarazo no deseado, que es tan común en los adolescentes, en fin y no hay que descuidar a la población rural que no tiene ningún acceso a esta campaña publicitaria, mucho menos a comprar preservativos para prevenir riesgos.

Diversas investigaciones han demostrado que cuando los adolescentes tienen información sobre tópicos sexuales postergan más el inicio de su vida sexual y cuando lo hacen generalmente recurren a métodos anticonceptivos para cuidarse y protegerse de un embarazo no deseado y de no contagiarse de enfermedades de transmisión sexual, lo que le brinda a la pareja seguridad, ya que al tener relaciones sexuales lo harán protegidamente y disfrutando el momento.

En este ejemplo y en cualquier otro caso, se debería tener acceso a solicitar información en clínicas del sector salud, en escuelas, hospitales, guarderías, universidades, etcétera, ya que los terapeutas sexuales trabajan solo dentro del sector privado, siendo una gran necesidad que cualquier persona tenga acceso a preguntar y poder solucionar sus problemas sexuales, es más, tan grande es esta deficiencia que dentro del sector salud en las clínicas y hospitales, es el mismo médico quien realiza la historia clínica y no explora, ni interroga en forma detallada la vida sexual de sus pacientes, anulando así cualquier tipo de intervención o información que solicita el enfermo, ya que ni el mismo tiene las respuestas a todas las interrogantes o inquietudes de sus clientes, ya que llegan al consultorio por otros padecimientos como colitis, gastritis, úlceras, migrañas, anulando el médico toda posibilidad de preguntar sobre su vida sexual.

Por tanto, en todas las clínicas del sector salud se debería tener un consultorio específico para un terapeuta sexual, así como el de ginecología, para ayudar a todos los usuarios del servicio médico y que tienen dificultades, ya que no es culpa de estos profesionales de la salud el laborar a nivel privado pues ni las instituciones gubernamentales les ofrecen espacios para mejorar la calidad del servicio dentro del sector salud.

Es más, dentro de las mismas instituciones educativas no se brindan espacios para hablar sobre sexualidad, sólo se informa a los alumnos acerca de los cambios biológicos, anatomía y del ciclo menstrual, ni hay una materia en donde se aborden todos los tópicos sexuales y en algunas escuelas privadas contratan a sexólogos para dar conferencias e informar a los alumnos, aunque son muy contadas las escuelas que les preocupa informar a sus estudiantes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al respecto incluso en la misma universidad los psicólogos no reciben ninguna materia sexual mucho menos información referente al uso del DSM-IV y los médicos tienen estas mismas omisiones en su formación, pues no les enseñan a utilizar la psicología, ya que es muy conocido el hecho de que le explican a sus pacientes en términos médicos las enfermedades que presentan.

Debido a estas omisiones se nos escapan de las manos los componentes orgánicos o cuando la enfermedad es psicósomática, como su nombre lo indica tiene ambos componentes, ocasionando con esto que al médico se le escape de control los factores psicológicos del paciente y al psicólogo le suceda lo mismo con los componentes orgánicos.

De esta manera, el tipo de pacientes que más frecuentemente solicita los servicios de un psicólogo es el que tiene un padecimiento con mayores componentes psicológicos por sobre los orgánicos y que decir del padecimiento más común dentro de la clínica sexológica, el paciente con discontrol eyaculatorio, pues como lo mencionan los expertos en materia sexual, es la disfunción sexual más frecuente y si consideramos que los hombres mexicanos tienen una relación sexual que dura la mitad de la media mundial, entonces entenderemos la gravedad del problema, esto se debe a los mitos, prejuicios y desinformación que rodean la falta de placer en las relaciones de pareja, tal y como lo afirma Alvarez-Gayou.

Es a partir de estas deficiencias de donde nace la inquietud por el presente trabajo, debido a que es una oportunidad por contribuir, informar y ayudar a las personas que tienen problemas sexuales a superarlos y a proporcionarles herramientas terapéuticas en caso de que vuelvan a surgir, tal es el caso de la Terapia Sexual y la PNL, ya que considero que la labor principal de un psicólogo es generar cambios positivos en sus paciente y que se den cuenta de que son capaces de hacerlos por si solos.

En la propuesta de este trabajo se planteó el tratamiento por parejas pero puede hacerse de manera individual o trabajar en grupos, con ambas modalidades (Terapia Sexual y PNL), ya que al aplicarlas se produce un doble beneficio en los pacientes, debido a que obtuvieron más herramientas para mejorar su vida sexual y al recurrir a estas técnicas en otras áreas de su vida cotidiana con enormes beneficios y resultados rápidos en

comparación con otras modalidades terapéuticas como el psicoanálisis, en el cual un paciente lleva años acostado sobre un diván para hablar de su pasado y de sus problemas, no de sus soluciones.

Evidentemente el tener una disfunción sexual cualquiera que esta fuera repercute negativamente en el entorno inmediato como lo es su vida familiar, su ámbito laboral o de estudios, tal y como se señalo en el primer capítulo de este trabajo, son diversas las causas que ocasionan que un hombre eyacule antes del momento en que desea hacerlo y en su totalidad son de origen psicológico, pues no existen componentes orgánicos que produzcan esta disfunción, debido a esto es importante considerar las cogniciones, pensamientos, sentimientos y las fantasías catastróficas que propician el fatal desenlace sexual de este paciente.

Entre los elementos con los que se trabajó a lo largo del proceso terapéutico se encuentran: el aprender a controlar la ansiedad ante el desempeño sexual, cambiar las imágenes mentales negativas por positivas (ejercicios de visualización creativa), aprender a relajarse, enseñar a los pacientes a disfrutar del aquí y ahora, aprender a sentir aumentando sus percepciones visuales, auditivas, kinestésicas, olfatorias y gustativas y sobre todo el tener relaciones sexuales de forma espontánea y creativa (por medio de los ejercicios de placereado 1 y 2, el análisis de los videos y películas vistos en el consultorio y el ejercicio de línea de vida), las actitudes y creencias de su relación sexual.

Debido a que esta disfunción sexual no solamente afecta al hombre sino también a la mujer debe de enfocarse la atención en la pareja, pues en la cama el hombre no está solo y su pareja nos puede dar información valiosa y complementaria de su vida erótica, pues el terapeuta sexual no puede estar presente como observador cuando tengan relaciones sexuales para supervisar en que está fallando el paciente y decirselo para que lo modifique, en cambio, por medio de los reportes escritos y de la participación de su pareja, esto hace más fácil el tratamiento e incorpora a la mujer en el proceso de cambio de su vida sexual en pareja.

No esta por demás el mencionar que el paciente con disfunciones sexuales sea hombre o mujer tiene lo que en PNL se llama un estado disociado respecto a su actuación sexual, esto es, hay una parte (en este caso del paciente con discontrol eyaculatorio) de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ellos que intenta dejarse llevar, es decir, sentir, disfrutar la relación sexual y hay otra parte que observa y critica exageradamente enfatizando solo lo negativo de su desempeño sexual, por tanto, el resultado de estas dos fuerzas opositoras es fatal, logrando un inadecuado control de su reflejo eyaculatorio, lo que propicia que otra vez se vuelva a dar el círculo vicioso y repetitivo de eyacular rápido.

Por tal motivo, la PNL se empleo en estos pacientes para facilitar el proceso de que ellos se vean a sí mismos en un estado asociado, es decir, que se visualicen haciendo todos los cambios necesarios para controlar su eyaculación y retardarla el tiempo que ellos deseen, y también se recurrió a alterar la conciencia sensorial del paciente aumentando las sensaciones kinestésicas en estado de relajación o hipnótico, siendo esta una de las técnicas que con mayor frecuencia se utilizaron.

De esta forma, la PNL se enfoca en el presente y en el estado deseado del paciente, ya que revisa las maneras en que podemos cambiar a nuestro estado a través de nuestros pensamientos y el logro de este estado deseado consiste en definir específicamente el objetivo teniendo una imagen clara, concreta y positiva, así como el tomar en cuenta los obstáculos y los recursos, tal y como lo han dicho los autores de la PNL, las personas cuentan potencialmente con todos los recursos necesarios para cambiar y para actuar eficientemente y si algo no funciona, haz otra cosa.

Dentro del tratamiento de estos pacientes lo que más se trabajo fue la relajación y el proporcionarles información sexual, debido a que dos pacientes tenían enormes deficiencias en estos rubros, pues al proporcionarles conocimientos en materia sexual y examinar entre sesión y sesión sus ideas, pensamientos y sentimientos que vivían en cada encuentro sexual, esto les proporciono ver con una óptica diferente la situación problema y les permitió percatarse de que cuando existe participación y honestidad como componente fundamental de una relación, los conflictos son solucionables incluyendo los sexuales.

Entre los aspectos más notables que se trabajaron en la terapia sexual aunado a lo anterior, está el hecho de que el paciente aprenda a sentir, con esto me refiero a que sienta placer en todo su cuerpo, ya que es común entre los varones que estén muy genitalizados y que no sientan esa misma intensidad de placer en otras partes de su cuerpo, lo que se logró por medio de los ejercicios sexuales enfatizando que el órgano sensual más extenso esta en

la piel, es decir, en todo su cuerpo, ya que se piensa que los preliminares forzosamente deben de llegar al coito, sin embargo, esto no es necesario, ya que lo principal es identificar lo que nos gusta y lo que le gusta a tu pareja y entender otra vez que la zona erógena más importante es la piel.

Otra de las claves para el éxito en la terapia sexual radica en la espontaneidad y la creatividad en la intimidad, ya que en este mundo tan convulsionado y lleno de problemas económicos, sociales, laborales, todos estos generan estrés, ansiedad y depresión en algunos casos, lo que ocasiona que afecte de manera directa al individuo y a su entorno familiar, incluyendo lo sexual y este se vuelve con conductas automáticas lo que hace que sus relaciones sexuales caigan en la rutina, lo mismo de siempre y en la misma posición y si esto fuera poco durando el mismo tiempo si no es que menos.

Es evidente la necesidad de fomentar el arte de las caricias en la pareja, el realizar juegos sexuales atrevidos, creativos, el proponer nuevas formas de hacer el amor explorando nuestros cuerpos incluso sin la penetración, el solicitar el que nuestra pareja nos haga realidad una fantasía sexual, el recurrir a los juguetes sexuales para incorporarlos en nuestra vida erótica, pues ahora están muy de moda el visitar estas tiendas de sex shop para cambiar la rutina y entre los juguetes más solicitados se encuentran vibradores, muñecas, condones fosforescentes, de colores, de sabores, con música, videos xxx, ropa interior sexy para ambos, disfraces, en fin, la diversidad es muy amplia y depende de las necesidades de cada pareja, el hacer el amor en otros lugares que no sea el dormitorio, en el jacuzzi, en la sala, en el comedor, con los ojos vendados, las manos atadas o el pasar un hielo sobre la piel de tu pareja, la imaginación no tienen límites y todos estos factores influyen positivamente en la intimidad siempre y cuando ambos miembros de la pareja sean honestos, respetuosos y responsables de sus actos y ambos estén de acuerdo en hacerlo, pues aumenta considerablemente el efecto erótico y lúdico en la vida sexual de la pareja, lo que contribuye a sensualizarnos y por eso se recurrió a las técnicas de PNL, ya que como afirma Araoz, el arte y el placer del sexo consiste en despertar todos los sentidos (ver anexo no. 7)

La terapia sexual fue una original combinación de elementos conductuales, psicoterapéuticos y educacionales que constituyen un enfoque directo y claro de la solución

ante los problemas sexuales de la pareja, de hecho, la motivación inicial para desarrollar esta tesis estriba en que se proporcione a todo aquel estudiante o egresado de la licenciatura de psicología a consultar este trabajo como una guía práctica para conocer los elementos o tópicos de la clínica sexológica, así como también proporciona al lector una propuesta terapéutica no muy conocida en el ámbito clínico y mucho menos abordada en las asignaturas de esta carrera, estoy hablando de la PNL, que es hoy por hoy una vanguardia en el contexto psicoterapéutico por la eficacia y rapidez que proporciona a los pacientes realizar los cambios deseados.

Por tanto, se puede concluir que la influencia que tienen las relaciones sexuales satisfactorias en el desarrollo de una pareja es vital para su crecimiento, incluyendo aspectos como: el amor, la comunicación, la afectividad, el apoyo, el respeto, entre otros.

Se puede afirmar que la salud sexual, es parte del concepto de salud integral, ya que no existe ninguna actividad que el individuo realice sin estar matizada por su sexualidad en mayor o menor grado.

Es importante destacar y explicar el papel que ejerce la PNL en el tratamiento de estos pacientes, ya que es una herramienta terapéutica rápida y sumamente eficaz que nos permite entre otras ventajas auxiliar a la pareja, por ejemplo: facilitando que el paciente aprenda a relajarse y de esta forma, pueda disminuir su tono muscular, en vez de estar tenso. En el caso del hombre, esto va a propiciar que aprenda a tener control de su reflejo eyaculatorio, ocasionando que el pueda retardar el momento de eyacular.

Otro punto importante, es que permite a la pareja que enfoque su atención en el acto sexual, esto es, estar "aquí y ahora" y no allá y entonces: pensando en los problemas familiares, económicos o laborales, esto se logra a través de que la pareja logre poner atención y genere imágenes mentales positivas, propiciando de esta forma "fantasías eróticas", que le permitan a la pareja excitarse y disfrutar más de la relación sexual.

De esta manera, en el momento en el cual un individuo introduce en su mente imágenes en las que se ve a sí mismo (a) tranquilo y que su desempeño sexual sea adecuado, desde ese momento en mayor o menor grado se produce un cambio en el individuo que repercutirá positivamente en todos los aspectos de su vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dentro de las ventajas de la presente tesis se pueden mencionar que se trabajó en conjunto con dos modalidades terapéuticas complementarias, la terapia sexual y la PNL y que independientemente de la orientación psicológica que tenga el profesional de la salud son compatibles una con la otra, ya que ambas trabajan con las imágenes mentales del paciente, la imaginación, el enfocarse al placer por medio de corregir las fotografías mentales en eróticas y placenteras, considerar el diálogo interno del paciente y se centran en estímulos eróticos por medio de la visualización creativa.

Para finalizar, me parece importante el considerar que la psicoterapia sexual pretende ver la relación de la pareja en el encuentro sexual y no considerar sólo al paciente disfuncional, en este caso al hombre, sino tratar a la pareja como tal. Básicamente este proceso terapéutico del paciente con cualquier disfunción sexual consiste en que la pareja como tal disfrute a plenitud su erotismo, esto es, que la pareja pueda librarse de las preocupaciones, miedos, tensiones, angustia, fobias, creencias limitadoras, valores, mitos, y ampliar su filtro de la realidad, entre otros, lo que se pretende es dotar a los pacientes de habilidades para que dejen fluir completamente su cuerpo y su mente en armonía, considerando todo su cuerpo como un mapa sensorial, siendo capaz de dar y recibir placer y que por medio de la comunicación, convivencia, amor y deseo "puedan darse permiso" de descubrir y redescubrir otras formas de potencializar su erotismo.

De esta manera, la psicoterapia sexual integral es "diseñar un traje hecho a la medida de cada paciente" y no un formato estándar a seguir para dar tratamiento a todos los pacientes disfuncionales, de tal manera que se diseñen estrategias terapéuticas para cada ser humano que acuda a solicitar consulta de cualquier disfunción sexual. Debido a que cada ser humano es diferente de los demás, aún cuando tengan la misma disfunción sexual, pues cada uno posee un sistema de creencias, valores y actitudes que denotan su identidad sexual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

- Alcalde, J. y Lagunilla, P. (1998). "Documento: Trastornos y Terapias. De la **Impotencia a la Frigidez: Así se curan. Una cama que no funciona hay que engrasarla**". Muy Interesante, 18, 42 –45.
- Álvarez - Gayou Jurgerson, J. L. (Ed.) (1986). **Sexoterapia Integral**. México: Manual Moderno.
- Álvarez - Gayou Jurgerson, J. L. Lunes 26 de marzo 2001. "**Bastante pobre y disfuncional**", **la vida erótica nacional**. Periódico: La Jornada.
- Álvarez Ierena, J. (1986). Alteraciones del Orgasmo en el Hombre. En: A. Monroy de Velasco. (Ed.), **Principios de Psicoterapia Sexual**. (240 – 250). México: Grijalbo.
- Álvarez, R. (Ed.) (1996). **Manual Práctico de Programación Neurolingüística**. España: Descleé de Brouwer.
- Araóz, D. (Ed.) (1996). **Hipnosis y Terapia Sexual**. México: Instituto Milton H. Erickson.
- Ayala, C. (2002). "**La Eyacuación Precoz: Un Problema Médico que Atender**". Con... Ciencia de Salud... Es Conciencia de Salud, 1 (2), 18-19.
- Bandler, R. y Grinder, J. (1980a). **La Estructura de la Magia. Vol. 1. Lenguaje y Terapia**. Chile: Cuatro Vientos.
- Bandler, R. y Grinder, J. (1980b). **La Estructura de la Magia. Vol. 2. Cambio y Congruencia**. Chile: Cuatro Vientos.
- Bandler, R. (1988). **Use su cabeza para variar. Sub-modalidades en Programación Neurolingüística**. Chile: Cuatro Vientos.
- Bandler, R. (1997). **La Magia en Acción. Un libro de trabajo para estudiantes de Programación Neurolingüística**. España: Sirio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Bandler, R. (2003). **Entrevista con uno de los creadores de la Programación Neurolingüística**. Programa Con Sello de Mujer. Azteca 13. Martes 28 de enero. Conductora: Tere Bermea.
- Barrios, D. 3 de abril 2002. Programa: Diálogos en Confianza. Tema: **“La Eyacuación Precoz es Cultural”**. Canal 11. Instituto Politécnico Nacional.
- Bertolotto Vallés, G. (1997). **Programación Neurolingüística. Desarrollo Personal**. México: Diana.
- Bidot, N. y Morat, B. (1995). **Estrategias Mentales. Guía Práctica de Programación Neurolingüística**. Barcelona: Robin Book.
- C., Dr. (1974). **La Pareja Sensual**. México: Edasa.
- Comfort, A. (1983). **The Joy of the Sex. Guía Ilustrada del Amor**. México: Grijalbo.
- Costa, M. y Serrat, C. (1993). **Terapia de Pareja**. México: Alianza.
- Cudicio, C. (1992). **Cómo comprender la Programación Neurolingüística. Introducción a la Programación Neurolingüística**. Argentina: Granica.
- Davis, M. y cols. (1986). **Técnicas de Autocontrol Emocional**. España: Martínez Roca.
- Enciclopedia Microsoft Encarta (1999).
- Ehrlich, M. I. (1989). **Los Esposos, Las Esposas y los Hijos**. México: Trillas.
- Farré, Martí. (1988). **El Libro del Sexo**. España: Éxito.
- Gindin, L. R. (Ed.) (1991). **La Nueva Sexualidad en el Varón**. Buenos Aires: Paidós.
- Gindin, L. R. y Huguet, M. (Ed.) (1993). **Eyacuación Precoz: Un problema con solución y otros temas de la masculinidad**. Argentina: Paidós.
- Grinberg Zylberbaum, J. (1980). **La Experiencia Interna. No. 1**. México: Trillas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Grinder, J. y Bandler, R. (1993a). **De sapos a príncipes. Programación Neurolingüística.** Chile: Cuatro Vientos.
- Grinder, J. y Bandler, R. (1993b). **Trance-Fórmate. Curso Práctico de Hipnosis con Programación Neurolingüística.** España: Gaia.
- Haley, J. (1973). **Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson.** Buenos Aires: Amorrortú.
- Haley, J. (1993). **Terapia para resolver problemas. Nuevas Estrategias para una Terapia Familiar Eficaz.** Buenos Aires: Amorrortú.
- Harris, C. (2002). **Los elementos de la PNL. Qué es y cómo utilizar la Programación Neurolingüística.** España: Edaf.
- Hawton, K. (Ed.) (1988). **Terapia Sexual.** España: Ediciones Doyma.
- Heiman, J. y Lo Piccolo, J. (1990). **Para alcanzar el Orgasmo. Un programa de crecimiento sexual y para la mujer.** México: Grijalbo.
- Hudson O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1993). **En Busca de Soluciones. Un Nuevo Enfoque en Psicoterapia.** Barcelona: Paidós.
- J. (1974). **La Mujer Sensual.** México: Edasa.
- Kaplan, H. S. (Ed.) (1974a). **La Nueva Terapia Sexual. Vol. I. Tratamiento Activo de las Disfunciones Sexuales.** Madrid: Alianza.
- Kaplan, H. S. (Ed.) (1974b). **La Nueva Terapia Sexual. Vol. II. Tratamiento Activo de las Disfunciones Sexuales.** Madrid: Alianza.
- Kaplan, H. S. (Ed.) (1975). **Manual Ilustrado de Terapia Sexual.** Barcelona: Grijalbo.
- Kaplan, H. S. (Ed.) (1982). **Trastornos del Deseo Sexual. Ideas y Técnicas en Terapia Sexual.** Barcelona: Grijalbo.
- Kaplan, H. S. (Ed.) (1985). **Evaluación de los Trastornos Sexuales. Aspectos Médicos y Psicológicos.** Barcelona: Grijalbo.
- Kaplan, H. S. (1987). **Disfunciones Sexuales. Diagnóstico y Tratamiento de las Aversiones, Fobias y Angustia Sexual.** México. Grijalbo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Kaplan, H. S. (Ed.) (1997). **La Eyaculación Precoz. Cómo reconocerla, tratarla y superarla.** México: Grijalbo.
- Karl Meyer, R. (1999). La Magia de la Metáfora. En: F. Gutiérrez Gutiérrez. (Eds.) **Terapia Breve, Hipnosis Ericksoniana, PNL., Terapia de Orientación Sistémica, Psicología Transpersonal.** Tomo I. (43-61). México: Las Américas.
- Kroger, W. (1974). **Hipnosis Clínica y Experimental. En Medicina, Odontología y Psicología. Tomo III.** Buenos Aires: Glem.
- Latorre Postigo, J. M. y Benoit Medina, P. J. (1992). **Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la Salud.** Argentina: Lumen.
- Lindauer, R. (1992). **Cómo lograr una satisfactoria vida amorosa.** México: Libra.
- M. (1971). **El Hombre Sensual.** México: Edasa.
- Masters, W. y Johnson, V. (Ed.) (1976). **Incompatibilidad Sexual Humana.** Buenos Aires: Intérmedica.
- Masters, W. y Johnson, V. (Ed.) (1981). **Respuesta Sexual Humana.** Buenos Aires: Intérmedica.
- Masters, W., Johnson, V. & Kolodny, R. (1987). **La Sexualidad Humana. Vol. 1.** Barcelona: Grijalbo.
- Mc Dermott, I. y O' Connor, J. (Ed.) (1996). **Programación Neurolingüística para la Salud.** España: Urano.
- Meyer, J. K. (1979). **Tratamiento Clínico de los Trastornos Sexuales.** España: Espans.
- Money, John (1961). Citado en Meyer.
- Monroy de Velasco, A. (Eds) (1986). **Principios de Psicoterapia Sexual.** México: Grijalbo.
- Oliva Dasy, J y Prieto Fernández, D. (Ed.) (1997). **La Curación por la Mente. Psicoterapia y Sofrología.** España: Libsa.
- O' Nelly, N. y O'Neill, G. (1976). **Matrimonio Abierto.** México: Grijalbo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (1992). **CIE – 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico**. Madrid: Meditor.
- Pichot, P., López-Ibor Aliño, J. J. & Váldes Miyar, M. (1996). **Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM – IV**. México: Masson.
- Robles, T. (1999). ¿Por qué la hipnosis produce cambios tan rápidos?. En: F. Gutiérrez Gutiérrez. (Ed.) **Terapia Breve, Hipnosis Ericksoniana, P.N.L., Terapia de Orientación Sistémica, Psicología Transpersonal. Tomo I**. (109 –125). México: Las Américas.
- Rodríguez, B. (1998). **“Eyaculación Precoz”**. Revista de Psicología. Disfunciones Sexuales. 37. 21-23 .
- Rodríguez, O. M. (1995). **“Tratamiento Psicoterapéutico de la Impotencia”**. Archivos Hispanoamericanos de Sexología. 01. 01. 27-45
- Rosas, F., Corona, E. & Aldana, A. (Ed.) (1998). “Atención de la Salud Sexual: Educación e Información, Consejería y Terapia”. En: Organización Panamericana de la Salud y Asociación Mexicana de Educación Sexual. (Eds). **¡Hablemos de Salud Sexual! Manual para profesionales de Atención Primaria de la Salud. Información, Herramientas Educativas y Recursos**. México: GM Producciones.
- Rosenbaum, Maj-Britt. (1981). “Tratamiento de Problemas Sexuales por la doctora general”. En: R. Green (Ed.) **Sexualidad Humana. Conceptos Médicos Básicos**. México: Interamericana.
- Rubio Auriolos, E. (1999). “Diagnóstico de la Disfunción Eréctil”. En: F. Ugarte y Romano; J. L. Flores Machado; F., Gatell Trujillo & E. Rubio Auriolos. (Ed.) **Disfunción Eréctil**. Sociedad Mexicana de Urología y Pfizer. México: Intersistemas
- Rubio Auriolos, E. y Díaz Martínez, J. (1994). “Las Disfunciones Sexuales”. En: **Antología de la Sexualidad Humana**. Vol. III. México. Miguel Ángel Porrúa.
- Ruiz Iglesias, H. y Martínez Estrada, G. (Ed.) (1997). **“Curso Práctico de Autohipnosis: Historia y Técnicas Elementales”**. Revista Enigmas. Año II. (1). 2-93.
- Santos Nalda, J. y Justes, A. (Ed.) (1986). **Relajación y Sofrología en Cómic**. España: Mensajero.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Sambrano, J. (Ed.) (2000). **Programación Neurolingüística para todos. El Modelo de la Excelencia.** México: Alfaomega.
- Sary, P. (1998). **Programación Neurolingüística.** España. Gaia.
- Serie de Educación Médica. **Comprensión de la Disfunción Eréctil. Parte 4. Pacientes con Disfunción Eréctil: Ayuda a sus pacientes a comprender el problema.** Pfizer.
- Seymour, J y O' Connor, J. (Ed.) (1992). **Introducción a la Programación Neurolingüística.** España: Urano.
- Sirlín, L. (1973). **Diccionario Sexológico.** Buenos Aires: Ed. Caymí.
- Sistema de Educación Continua para el Médico General y Familiar. **Diplomado en Sexualidad Humana. (2000).** Impartido en el Hospital General Centro Médico Siglo XXI. Sin editar.
- Tordjman, G. **"Realidades y Problemas de la Vida Sexual".** Citado en: Jiménez, A. Revista QUO, El Saber Actual. No. 25. Año 3, 34-38
- Ugarte y Romano, F., Flores Machado, J. L., Gatell Trujillo, F., Rubio Auriolos, E. & Sotomayor Zavaleta, M. (Eds.) (1999). **Disfunción Eréctil.** México: Sociedad Mexicana de Urología.
- Vasallo Montolla, C. (1997). **"Consultas de Disfunción y Terapia Sexual".** Sexología y Sociedad, Año 2, No. 8.
- Vázquez García, J. L. (1985). **"Eyacuación Precoz. Cuestión de... ¿Tiempo?".** Revista Sólo Contigo, Año I, No. 9, 28-29
- Vázquez García, J. L. (1994a). **"Sexo, sus problemas, sus placeres y cómo mejorarlo".** Psicología al Día, Año IV, No. 44. 12-18 págs.
- Vázquez García, J. L. (1994b). **"La magia de la Hipnosis".** Psicología al Día, Año IV, 47. 8-9 págs.
- Vázquez García, J. L. (1999). Pautas Estratégicas de Hipnoterapia Breve en Disfunciones Sexuales Masculinas Psicogénicas. En: F. Gutiérrez Gutiérrez. (Eds.) **Terapia Breve, Hipnosis Ericksoniana, PNL., Terapia de Orientación Sistémica, Psicología Transpersonal.** Tomo I. (139-156.). México: Las Américas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Weerth, R. (1992). **La Programación Neurolingüística y la Imaginación**. España. Sirio.
- Yapko, M. (Ed.) (1999). **Lo esencial de la Hipnosis**. México: Paidós.
- Zavaleta de los Santos, L. A. (2000). "Disfunción Eréctil. La importancia de iniciar el diálogo ante el paciente". Revista Educativa. Para la Salud, Año 4, No. 38, 23-24.
- Zeig, J. (1992). **Un Seminario Didáctico con Milton H. Erickson**. Buenos Aires: Amorrortú.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VIDEOS Y REVISTAS:Serie: **"Secretos de la Pareja"**

Grupo Editorial Planeta-De Agostini. 1991

Vol.	Título:
1	100 Posiciones para hacer el amor.
2	Cómo gozar plenamente del sexo
3	Guía práctica para satisfacer plenamente a la mujer.
4	Guía práctica para satisfacer plenamente al hombre.
5	Anatomía sexual de la pareja.
6	Sexualidad Masculina.
7	Sexualidad Femenina.
8	Autoerotismo Femenino.
9	Autoerotismo Masculino.
10	La Erección.
11	Cómo seducir siempre a su pareja
12	La guía de los amantes

VIDEOS:

- **"101 Maneras para excitar a tu amante".**
(101 ways to excite your lover)
1992 Playboy Enter prices, Inc.
- **"Haciendo el amor: excitación, preámbulo y clímax"**
Arousal, foreplay & orgasm. For couples only.
Making love series with Dr. Ruth Westheimer
1996. Playboy Enter prices, Inc.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- Y **"El sexo divertido". Vol. I**
(Making sex fun). American Video Productions.
The better sex video series.
Por el Dr. Roger Libby, Dra. Judith Seifer y Dr. Michael Collar
- Y **"Cómo durar más". Vol. I.**
(You can last longer, solutions for ejaculatory control)
Promo líder. Producido por Dr. Derek Polosky y Dra. Marian Dunn
- Y **"Éxtasis". (Bliss). El amor es sólo el comienzo.**
Craig Shefter, Sheryl Lee y Terence Stamp
1997. Columbia Tristar Home Video.
- Y **"100 Posiciones para hacer el amor"**
Una guía práctica para mejorar la sexualidad en la pareja.
Por el Dr. Fernando Latorre.
Producción Elena Subias. Quality Films.
- Y **Película: 9 1/2 semanas**
Kimm Bassinger

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

127-A

A N E X O S

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO N°. 1

CURVA DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA.

DISFUNCIONES SEXUALES

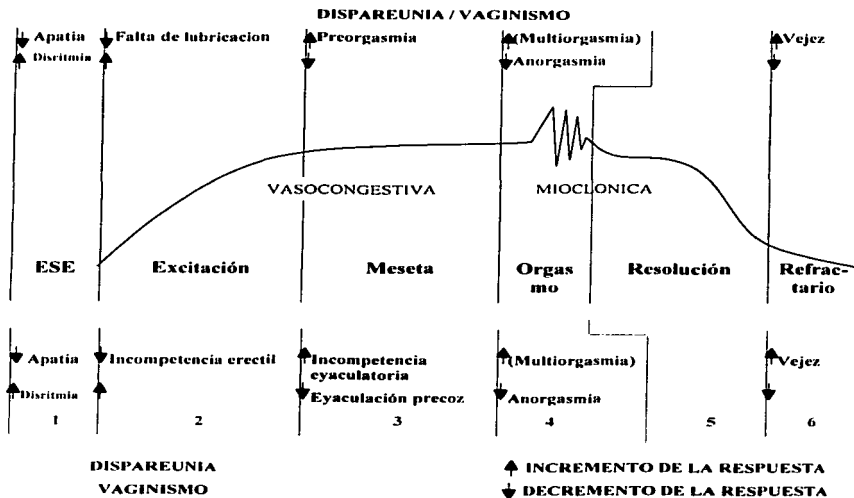


Fig. 1. Clasificación fisiológica de las disfunciones sexuales, tomada del libro de Sexoterapia Integral. (Alvarez- Gayou, 1986)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO N° 2

PSICOFISIOLOGÍA DEL DISCONTROL EYACULATORIO

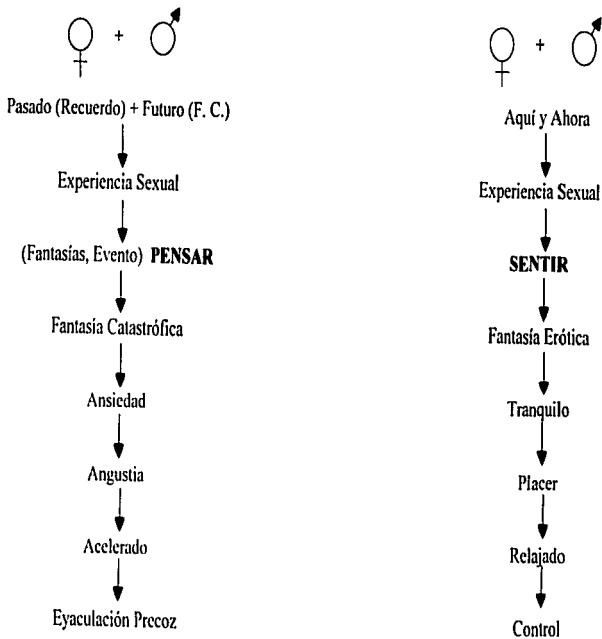


Fig. 2. Representación gráfica de la psicofisiología del discontrol eyaculatorio.

ANEXO N° 3

HISTORIA CLÍNICA SEXUAL – INSTRUCTIVO

➤ **DATOS PERSONALES:**

Nombre del paciente completo.
 Edad
 Nacionalidad
 Domicilio completo con código postal
 Teléfono, celular y/o beeper
 Ocupación
 Escolaridad
 Religión (practicante o no)
 Preferencia Sexual
 Vida Sexual Activa
 Otras Expresiones de la Sexualidad
 Estado Civil
 Pareja actual
 Hijos

➤ **RETRATO DEL PACIENTE:**

Características de género (masculino, afeminado, machorra, femenina)
 Integridad Corporal
 Vestimenta
 Complejión
 Edad aparente y si corresponde con la edad cronológica
 Movimientos corporales: tics, euforia, inmovilidad, expresividad
 Actitud: tranquilo, tenso, relajado, enojado, triste, temeroso, manipulador, alegre
 Cómo se expresa: con claridad, racionalizando, justificando, temor, renuente
 Sistemas de representación preferidos: vista, oído, olfato, gusto, sensorial
 Diestro o zurdo

➤ **ANÁLISIS DEL PROBLEMA:**

¿Cuál es el problema? O motivo(s) de consulta
 Expectativas
 Inicio del síntoma: Ha aumentado, disminuido o se conserva igual
 Síntoma(s) principal(es)
 Cambios, complicaciones y/o evolución: los cambios positivos deben ser interrogados al máximo y cómo se dieron
 Etiología del problema
 Eventos importantes que coinciden con el motivo de consulta

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tiene pareja estable actualmente
 Frecuencia de las relaciones sexuales antes, durante y después del problema
 Existe disfunción sexual en la pareja

➤ **DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTOS PREVIOS:**

Profesionales o especialistas a los que ha visitado
 Análisis Clínicos
 Recursos mágicos o alternativos
 Otros

➤ **DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.**

➤ **PLAN TERAPÉUTICO SINTETIZADO.**

➤ **EXPECTATIVAS**

➤ **HISTORIA PERSONAL:**

Infancia
 Pubertad
 Adultez
 Pareja
 Juegos Eróticos
 Actividades Sexuales Específicas
 Vida Sexual Actual
 Enamoramiento

➤ **EVALUACIÓN ERÓTICA:**

Tiene problemas en la fase de:	Deseo	Excitación	Orgasmo
¿Práctica la masturbación, desde que edad?			
¿Con qué frecuencia?			
¿Ha tenido algún problema con la masturbación?			¿Cuál?
¿Alguna vez tuvo juegos sexuales?			
¿De qué forma?			
¿Con qué personas los tuvo?			
¿Cómo recuerda esas experiencias?			
¿Qué sentimientos le surgieron?			

➤ **DESARROLLO ERÓTICO:**

¿A qué edad tuvo su primer recuerdo erótico?
 ¿Cómo y con quién fue?
 ¿A qué edad fueron sus primeras experiencias sexuales infantiles?
 ¿Cómo vivenció esas experiencias?
 ¿Con quién fue?
 Edad de la persona
 Sexo
 ¿Le fue agradable?

- ¿Qué sentimientos le causó?
- ¿Tuvo alguna vez una experiencia sexual violenta sin su consentimiento?
- ¿Cómo fue?
- ¿A qué edad?
- Posteriormente
- ¿Quién era?
- ¿Qué sentimiento le causó?
- ¿Alguien se entero?
- ¿Qué sentimiento le causó esa experiencia?
- Recibió ayuda terapéutica o consejos
- ¿A qué edad tuvo su primera fantasía erótica?
- ¿La recuerda?
- ¿Qué sentimientos le generó?
- ¿A qué edad fue su primera caricia erótica?
- ¿Con quién fue?
- ¿Qué edad tenía el o ella?
- ¿A qué edad fue su primer coito (anal o vaginal)?
- ¿Con quién?
- ¿Qué sentimientos le generó?
- ¿Cómo vivenció esta experiencia?

➤ **DESARROLLO DE IDENTIDAD DE GÉNERO:**

- ¿Cuáles eran sus juegos infantiles?
- ¿Cuál era el papel o rol que más le gustaba jugar de niño (a)?
- ¿Por qué?

➤ **IDENTIDAD DE GÉNERO:**

- ¿Cuáles eran los juegos infantiles que más le gustaban de niño (a)?
- ¿Qué sentimientos tenía en su infancia respecto a su sexo biológico?
- ¿Qué sentimientos tenía respecto a esto en la pubertad y la adolescencia?
- ¿Se sentía diferente respecto a los demás?
- ¿Podía relacionarse fácilmente con los demás?

➤ **RESULTADO DE INTERCONSULTAS**

➤ **SÍNTESIS CLÍNICA**

➤ **OBSERVACIONES**

➤ **PROXIMA SESIÓN**

Anexo no. 3. Formato de la Historia Clínica Sexual utilizado durante el tratamiento del paciente con discontrol eyaculatorio.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

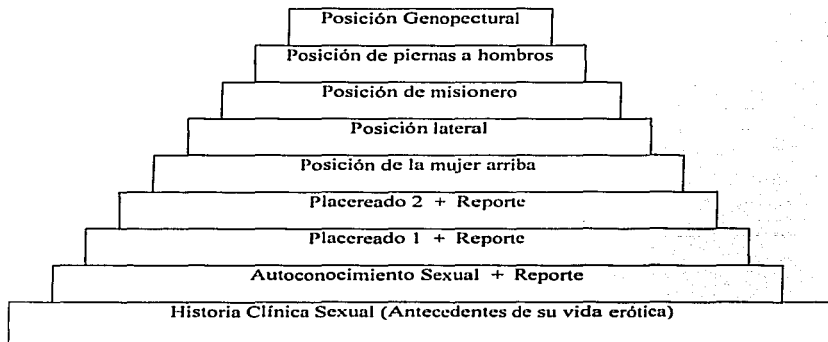
ANEXO N° 4**PIRAMIDE DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE
CON DISCONTROL EYACULATORIO**

Fig. 4. Diagrama del procedimiento para realizar el tratamiento del paciente con eyaculación precoz

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO N° 5
PLACEREO 1



Figura 5. Figura que representa el ejercicio sexual denominado placerado 1, como una forma creativa de estimulación al incorporar el masaje con aceite, tomada del libro: El placer del sexo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO N° 6
PLACEREADO 2



Fig. 6. Figura que representa el ejercicio sexual denominado placereado 2, como una forma creativa de estimulación al incorporar el masaje y la estimulación por medio de sentir diferentes texturas de telas, tomada del libro: El placer del sexo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO N° 7
FORMAS CREATIVAS DE HACER EL AMOR

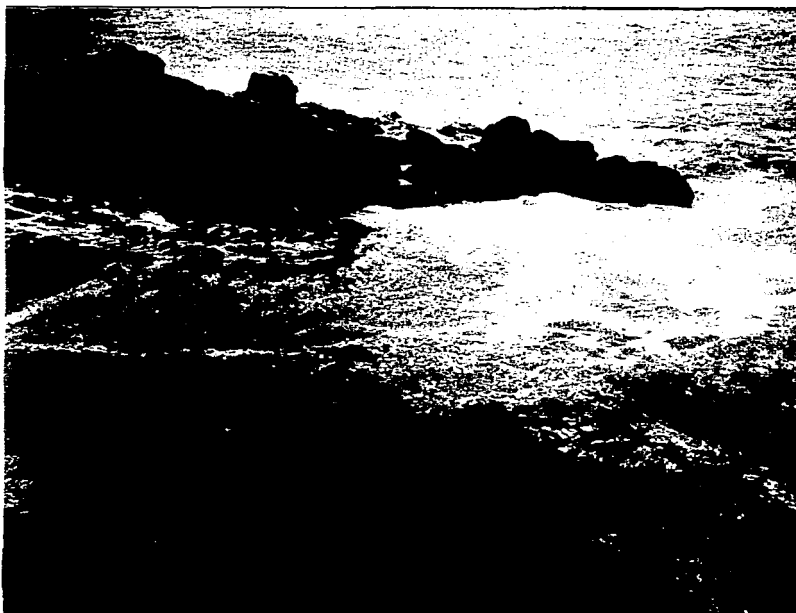


Fig. 7. Incorporación de las fantasías sexuales y de otras formas creativas de hacer el amor durante el tratamiento de las disfunciones sexuales masculinas y femeninas.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO N° 8**RESCATANDO LOS ASPECTOS POSITIVOS DE SUS
EXPERIENCIAS SEXUALES**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fig. 8. Invitación a los pacientes para irse un fin de semana a la playa y disfrutar del estado de relajación que les propicia y así tener relaciones sexuales rescatando los aspectos positivos de sus primeras experiencias como pareja