



UNIVERSIDAD DE NEGOCIOS ISEC
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

Clave 3172-25

**“MANUAL DE TRATAMIENTO PARA DISFUNCIONES DE LA VIDA ERÓTICA
FEMENINA DESDE UN ENFOQUE EXISTENCIAL HUMANISTA”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

IMELDA SHARON HIDALGO NAVARRETE

DIRECTOR DE TESIS

LIC. VÍCTOR MANUEL BECERRIL DOMÍNGUEZ

MÉXICO D.F. 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 Dios.

Por haberme otorgado la paciencia y la salud necesaria para finalizar esta tesis.

A mi madre Emma.

Por haberme apoyado en todo momento, por la motivación constante y por su amor.

A mi padre Rafael.

Porque aún a la distancia siempre está presente y por su amor.

A mi compañero afectivo Jorge.

Por las ilustraciones para esta tesis, su paciencia, motivación, amor e incondicional apoyo.

A mis hermanos Paola y Alan

Quienes me inspiran a ser un mejor ejemplo para ellos. Les agradezco por su infinito acompañamiento y motivación.

A mi profesor Víctor Becerril

Por su apoyo, sus conocimientos compartidos y su invaluable tiempo para la elaboración de esta tesis.

A mis compañeras Karla y Ma. Luisa

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigas.

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1 MODELO EXISTENCIAL HUMANISTA	12
1.1 Antecedentes	12
1.2 Principales autores y sus propuestas	14
1.3 Principios básicos de la Psicoterapia Existencial Humanista.....	27
1.4 Principios filosóficos de la Psicoterapia Existencial Humanista	28
1.5 Concepción humanista del hombre	30
1.6 Técnicas de intervención.....	31
1.7 El Humanismo y la Sexualidad.....	40
CAPÍTULO 2 DISFUNCIONALIDAD ERÓTICA.....	50
2.1 Respuesta Sexual Humana	50
2.2 Estímulos Eróticos que desencadenan la Respuesta Sexual Humana	51
2.3 Fases de la RSH.....	52
2.4 ¿Qué son las Disfunciones Eróticas?	60
2.5 Clasificación de las Disfunciones Eróticas	62
2.6 Etiologías de las Disfunciones Eróticas.....	72
CAPÍTULO 3 MÉTODO.....	88
3.1 Justificación	88
3.2 Procedimiento.....	90
3.3 Resultados	91
3.4 Problematización.....	91
3.5 Objetivo general	93
3.6 Objetivos específicos.....	93
3.7 Metodología para el Manual.....	94
ANEXO I. MANUAL PARA EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO PARA DISFUNCIONES ERÓTICAS FEMENINAS DESDE UN ENFOQUE HUMANISTA	100
I. Psicoterapia Sexual Integral	100
II. Características del Psicoerotismo Femenino.	102
III. Manual para el Tratamiento de las Disfunciones Eróticas Femeninas.....	111

IV.	Cómo compartir los descubrimientos con nuestra pareja	160
V.	Explorando otras Posiciones Sexuales	172
VI.	Prevención de las Disfunciones Eróticas	181
VII.	Clasificación de las técnicas según la disfuncionalidad erótica que corrigen	182
CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES		189
BIBLIOGRAFÍA.....		199

RESUMEN

La perspectiva Humanista al retomar el existencialismo da importancia al ser humano en su existencia y a su reencuentro consigo mismo. La libertad de decidir sobre su existencia y la responsabilidad sobre lo que se decida y deje al destino, estos son sus puntos cardinales para compenetrarse con la sexualidad en su necesidad de ser vivida plenamente. Va más allá de entender la sexualidad desde el intelecto promueve hacer cambios en las actitudes, modificando su modo de vivir asumiendo su comprensión tanto de su sexualidad como la de los demás.

El erotismo es una manera especial de comunicación que trasciende al individuo y la pareja. Se expresa en la Respuesta Sexual Humana (RSH): respuestas completas del organismo y fenómenos mentales y emocionales que estas reacciones con llevan. Es aquí donde las disfunciones eróticas interfieren.

Las disfunciones eróticas no son enfermedades por lo tanto no se “curan”, son problemas en el funcionamiento erótico que afectan la relación de pareja y deterioran la autoimagen y la autoestima.

Para la corrección y prevención de la disfuncionalidad erótica femenina aquí se propone un manual con las herramientas más eficaces para transmitir conocimientos y experiencias, documentadas sobre los últimos avances acumulados. El diseño de la metodología de aprendizaje en este manual se basa en modelos, teorías y criterios pedagógicos y psicológicos.

INTRODUCCIÓN

Históricamente se consideraba a las disfunciones de la vida erótica femenina o disfunciones sexuales femeninas como poco importantes. Era un capítulo abandonado por los especialistas, porque la única forma de considerar la sexualidad femenina, era bajo fines reproductivos.

Hasta no hace muchos años, las mujeres eran consideradas sexualmente inferiores a los varones. Profesionales y filósofos opinaron que la mujer era incapaz de tener excitación sexual, incapaz de experimentar el orgasmo e inclusive ahora se debate, que puedan eyacular.

A través de la idea de la "envidia del pene" como hecho universal en el desarrollo de la mujer, Freud consideraba que el deseo sexual era una característica masculina. Al mismo tiempo, sugirió que la madurez sexual de la mujer se demostraba sólo mediante el orgasmo vaginal, y no por el obtenido a través de la estimulación directa del clítoris. Hoy se sabe que la capacidad orgásmica de la mujer se iguala a la experiencia del varón, e incluso que existe la multiorgasmía femenina.

Quienes más colaboraron en los últimos cien años en la adquisición de nuevos conceptos en sexualidad fueron:

En el plano psicológico Freud (1905) en el escrito "Tres ensayos de una teoría sexual", afirmó que lo fundamental para la comprensión femenina, es entender que solo existe una libido, la masculina y que la sexualidad de la niña pequeña tiene un carácter enteramente masculino originando de este modo que en la niña la zona erógena rectora en un primer tiempo se sitúa en el clítoris.

Barrios (2005) comenta que si bien el abordaje que hace Freud sobre la sexualidad femenina es en referencia a la masculina no se le resta importancia, pues reconoce la existencia de la sexualidad en la totalidad del proceso vital. Además Freud consideró que la libido o impulso sexual es el motor esencial de los comportamientos humanos. Y en sus textos describe a la sexualidad como la pulsión fundamental.

En el plano social, Alfred Kinsey (1953) publica *El comportamiento sexual de la mujer (Sexual Behavior in the Human Female)* el cual se basó en entrevistas personales con casi 6 000 mujeres. Analizó junto con sus colaboradores los datos sobre la frecuencia con que las mujeres participan en los distintos tipos de actividad sexual y fue representativo cómo los factores tales como edad, estado socio-económico y el comportamiento religioso tenían influencia sobre su satisfacción sexual según Gindin (2003).

Y en el plano biológico, Masters y Johnson (1966) concluyeron que "*La privación cultural y la ignorancia de la fisiología sexual, y no la enfermedad psiquiátrica o médica, constituyen el fundamento etiológico de la mayoría de las disfunciones sexuales*". Ellos publicaron *La respuesta sexual humana*, que implicó el registro de más de 10 000 relaciones sexuales en las que participaron 382 mujeres y 312 varones de entre 18 y 89 años.

Durante años se les negó a las mujeres la legitimidad del hecho de sentir placer durante las relaciones sexuales. Si bien se aceptaba el placer en el hombre, en ella se lo consideraba obsceno por razones religiosas o morales.

En el plano de la sexualidad femenina, fueron sin duda personas como Julia R. Heiman y Joseph LoPiccolo en 1969 en Estados Unidos crearon un programa de crecimiento sexual y personal para la mujer, encaminado a alcanzar el orgasmo. Pues en su experiencia notaron que para muchas mujeres la

incapacidad para alcanzar una excitación plena y experimentar el orgasmo, es una fuente importante de frustración personal y en la relación de pareja.

Helen Kaplan, sexóloga neoyorquina inspirada por los trabajos de Johnson y Masters, se convierte en la terapeuta sexual por excelencia. Su propuesta conocida como La nueva terapia sexual (The New Therapy-Active Treatment of Sexual Dysfunctions, 1974) y sus publicaciones sucedáneas son probablemente las aportaciones más influyentes del mundo occidental para el abordaje y tratamiento de las alteraciones del erotismo.

Beverly Whipple (2009) que atiende a mujeres con dificultad para tener una respuesta orgásmica comenta que lo primordial es que esas mujeres *“... se den cuenta de que hay una amplia gama de respuestas orgásmicas en las mujeres y que tienen que saber qué es lo que les gusta y lo que les da placer”*.

En 2011, Lonnie Barbach quien trabaja las disfunciones en terapia de pareja, al respecto dice: *“No querer sexo y / o no tener orgasmos pueden ser poderosas formas de impactar la relación, especialmente si hay un desequilibrio de poder en la relación”*.

Fina Sanz (2008) en España y México en su propuesta llamada Terapia de Reencuentro actualmente trabaja sobre la temática del erotismo desde lo individual hasta el impacto social que tiene la educación desigual entre hombres y mujeres. Defiende el derecho al reconocimiento y la apropiación de todo el cuerpo y las posibilidades de sensaciones que este tiene.

En México los siguientes sexólogos son los que abordan las disfunciones de la vida erótica desde sus consultorios, publicaciones y medios masivos de comunicación.

Álvarez Gayou (1986) muestra un panorama integrativo del diagnóstico y manejo de personas a quienes aquejan problemas en sus relaciones sexuales o de relación de pareja, defiende el derecho a la igualdad sexual y busca además, en el tema de las disfunciones sexuales, la comunicación transdisciplinaria para profesionales de la conducta y médicos de diversas especialidades y profesionales de la salud en general.

David Barrios para el año del 2005 en su libro, *En las alas del placer*, sostiene que “*La sexualidad en el ser humano es una potencialidad tan importante de desarrollar como la inteligencia*”. Y aborda de manera clara sencilla el tema de modo que para quien no está empapado del tema pueda leerlo y entenderlo.

Francisco Delfín, en su libro *Sex Populli*, aborda el tema con anécdotas que recoge en su consultorio. Y dice sobre la sexualidad en general que “querámoslo o no, la mayoría de las escuelas o facultades de carreras, como medicina, psicología, trabajo social y otras, no suelen incluir la materia de sexología en su plan de estudios; más adelante, cuando ya no están resolviendo exámenes o entrenando con simuladores, sino que se enfrentan a la práctica con la gente de carne y hueso, se dan cuenta de la importancia de este tópico”.

María Antonieta García Ramos reivindica el derecho al placer, en la consulta individual, de pareja y grupal. Trabaja con grupos de mujeres implementando el programa de LoPiccolo en 1969 y muchas de las técnicas del legado de Helen Kaplan en 1974.

Los aportes hechos por estas personalidades en el terreno de la sexualidad son relevantes pues cada uno le suma nuevas oportunidades de éxito al tratamiento de las Disfunciones de la Vida Erótica (DVE).

Ahora es momento de definir a las DVE. De acuerdo con Penagos (2001), son problemas en el funcionamiento erótico de las personas que usualmente dificultan

el desarrollo de una vida erótica plena, el establecimiento de los vínculos eróticos satisfactorios en las parejas y que frecuentemente, deterioran la autoimagen y la autoestima; y su origen vincula lo biológico, psicológico y social.

Es importante saber que mientras los varones han encontrado en la píldora del Viagra la solución de las disfunciones eréctiles, no parece que las mujeres vayan a resolver sus disfunciones sexuales con una píldora. No obstante, los investigadores tratan, con metodologías científicas, de conocer a fondo la sexualidad femenina. Y los sexólogos en la consulta tratan de implementar programas en el que el repertorio erótico se amplié, y las disfunciones sexuales dejen de ser un problema en las relaciones de pareja y en lo individual.

Aunque los programas funcionan, es cierto que estos solo alcanzan a un pequeño porcentaje de las mujeres que potencialmente podrían beneficiarse. En tal sentido es que esta investigación es pertinente para que los programas queden integrados dentro de un manual.

El manual que aquí se presenta es para el tratamiento de las Disfunciones de la Vida Erótica de las Mujeres, y muestra las siguientes características:

- ❖ Contiene técnicas y ejercicios que se han perfeccionado en la terapia sexológica para la corrección de las disfunciones de la vida erótica.
- ❖ Esta creado desde el enfoque humanista lo que le permite ser un traje hecho a la medida de cada mujer.
- ❖ Es fácilmente comprensible.
- ❖ Esta encarado desde el ángulo de la autoayuda.
- ❖ Se perfila a atender al gran porcentaje de mujeres que no pueden acudir a terapia formal.
- ❖ No se centra en una sola de las disfunciones de la vida erótica, por el contrario abarca todas.

Así, el contenido de la presente investigación se divide en tres capítulos:

El primer capítulo, es sobre el Modelo Existencial Humanista, que muestra los antecedentes; principales exponentes, principios básicos, técnicas de intervención y la sexualidad desde la perspectiva del humanismo.

En el segundo capítulo se habla de la Disfuncionalidad Erótica, donde se aborda primero el tema de la Respuesta Sexual Humana, los estímulos que la desencadenan y las fases que la definen. Para así poder dar respuesta a la pregunta sobre ¿Qué son las disfunciones eróticas?, ¿Cómo se clasifican? y ¿Cuáles son sus etiologías?

En el tercer capítulo se menciona y describe el método. Y en el cuarto capítulo se desarrolla el manual sobre el Tratamiento psicoterapéutico para disfunciones eróticas femeninas con enfoque humanista, pero antes de dar pie al manual se aborda primero los temas de Psicoterapia sexual integral y Las características del psicoerotismo femenino.

CAPÍTULO 1 MODELO EXISTENCIAL HUMANISTA

1.1 Antecedentes

Ha nacido y se ha desarrollado como una "tercera fuerza" en psicología, la Psicología Humanista, que presenta diferentes facetas: de protesta, de desafío, de complemento, de extensión o de alternativa de las otras dos corrientes, la Psicología Humanista acepta los modelos y analogías de las otras dos corrientes como guías legítimas para ciertas áreas de investigación, pero no los considera como una descripción adecuada de los seres humanos y menos soporta que sean elevados a la categoría de dogmas, como frecuentemente lo han sido comenta Martínez en 1999.

Quitman en 1998, señala que surge gradualmente en los Estados Unidos de América aproximadamente en 1929 con la "gran depresión" y la política del "New Deal", literalmente en español traducido como nuevo trato, y tiene como base el optimismo por la capacidad del ser humano y la búsqueda de las libertades básicas, como la libertad de hablar, libertad religiosa, estar libre de la necesidad y estar libre del miedo.

Para Martínez (1999) el movimiento humanista, es más que una escuela, es una orientación a la psicología, un nuevo modo de pensar sobre el hombre y toda empresa científica que modifica la imagen que tenemos de los seres humanos y libera a la Psicología de varias restricciones artificiales que le impusieron teorías que ahora aparecen como superadas.

Martorell (2004) apunta que nace en 1961 con la publicación del primer número del Journal of Humanistic Psychology y, poco después en 1962, se funda la American Association of Humanistic Psychology.

Martorell y Prieto, (2007) comentan que las influencias sobre la Psicología Humanista fueron:

-De la psicología: rechazo de las dos psicologías dominantes, conductismo y psicoanálisis, por ofrecer una visión del ser humano deshumanizada, reduccionista, mecanicista y determinista. La psicología humanista se presentará como "tercera fuerza". Este tipo de psicología presenta una gran variedad, por lo que es más apropiado hablar de un movimiento que de una escuela.

-Factores sociales y culturales: desánimo y desasosiego tras la Segunda Guerra Mundial, la amenaza atómica, la guerra fría y la insatisfacción social.

-De la filosofía humanista: influirá directamente en el desarrollo en Europa de la psicología existencial, anterior a la eclosión norteamericana de la psicología humanista.

Martínez (1999) dice que no se puede decir que los proponentes principales de esta orientación - Abraham Maslow, Carl Rogers, Gordon Allport, Charlotte Bühler, Rollo May, Viktor Frankl, Wilhelm Dilthey, Edward Spranger, William Stern, Kurt Lewin, Kurt Goldstein, Gardner Murphy, Erich Fromm, Fritz Perls, al igual que un gran número de otros psicólogos actuales- tengan una ideología básica común, pero tanto ellos como los demás psicólogos humanistas simpatizan o comparten muchas posiciones sostenidas por la Psicología de la Gestalt, la Psicología Adleriana, la Junguiana, la Neofreudiana, la Psicología del Yo, la Fenomenológica, la Existencial, la Self-theory, la Transaccional y la Proactiva.

A continuación se revisará algunos de los autores de los que se han mencionado.

1.2 Principales autores y sus propuestas al Modelo Existencial Humanista

Los siguientes autores son algunos de los más conocidos aquí abordaremos sus principales aportaciones y propuestas al modelo existencial humanista.

Ludwig Binswanger (13 de abril de 1881 – 5 de febrero de 1966), fue discípulo de Husserl y muy influido por Heidegger. Utilizó las categorías heiderianas en la terapia, tratando de abarcar con ello al hombre en su totalidad, y no sólo a algunas de sus dimensiones. La comprensión y descripción del mundo del paciente son sus objetivos principales: para ello propondrá un encuentro interpersonal libre de prejuicios entre el terapeuta y el paciente.

Criticó a Freud por su énfasis en la visión biologista y mecanicista del ser humano (Martorell y Prieto, 2007):

- ❖ Su tratamiento del hombre como ser social fue insuficiente.
- ❖ Tampoco comprendió adecuadamente al yo en relación consigo mismo.
- ❖ Ni las actividades humanas en las que el hombre trasciende el ambiente como al amar o al crear.

Pero a pesar de sus críticas respetó y admiró la persona y obra de Freud.

Para Binswanger (en Shepard, 2003), el punto de partida para comprender la personalidad es la tendencia humana a percibir significados en los sucesos y, por ello, ser capaz de trascender las situaciones concretas. Su énfasis en la importancia de la descripción ha dado lugar a que una de sus principales aportaciones sean las descripciones de los “mundos” de los esquizofrénicos y de las “formas frustradas” de existir, por ejemplo, la extravagancia, el retorcimiento y el amaneramiento.

Martorell y Prieto, (2007) comentan que de Heidegger tomó el concepto de ser-en-el-mundo (Dasein) y lo utilizó en la terapia, llamada dasein analyse o análisis del ser-en-el-mundo, que se basaba en los siguientes puntos:

- ❖ Los trastornos psicopatológicos representan una alteración del ser-en-el-mundo.
- ❖ El ser-en-el-mundo tiene estructura y por lo tanto puede ser estudiado, descrito y rectificado.
- ❖ La psicoterapia pretende entender el proyecto existencial de la persona.
- ❖ Busca ayudar a asumir la propia experiencia en toda su plenitud, descubriendo las formas y áreas de alienación, para recobrar el auto posesión y la autodeterminación.

Estas ideas han influido en la terapia existencial de nuestros días, y en el afán por desarrollar con rigor una teoría de la personalidad que ayudase tanto a la terapia como a la investigación. Martorell y Prieto, (2007) señalan que se parte de la consideración de que el auténtico significado es el que las personas construyen por sí mismas, y se propone que las personas construyen ese significado mediante un proceso de toma de decisiones. Los dos modos básicos de toma de decisiones son la elección del futuro o la elección del pasado. Para las posibilidades de desarrollo es la elección del futuro la más adecuada pues facilita el crecimiento y la autorrealización. La elección del pasado impide el crecimiento, al limitar al sujeto a aquello que ya es experiencialmente conocido.

En cuanto al análisis de las diferencias individuales, se entiende que estas van desde *el ser auténtico* al verse capaz de influir en la propia vida a través de las decisiones y elegir el futuro en pensamiento y acción, *al conformismo* al considerarse indefenso ante las fuerzas externas, ser pasivo, elegir el pasado cuando deciden algo.

En el caso de *Rollo May* (21 de abril de 1909 - 2 de octubre de 1994), Martorell y Prieto (2007) lo describen como de los más importantes representantes del

humanismo norteamericano. Hace una crítica al reduccionismo del psicoanálisis freudiano en su tratamiento del hombre, pero no quiere desechar la obra de Freud.

Es considerado un humanista no dogmático, ya que impulsa la visión humanista de la psicoterapia pero critica la exclusión de los elementos negativos de la naturaleza humana que postulan algunos autores humanistas. Defendió activamente el derecho de los psicólogos a trabajar como psicoterapeutas frente a los intentos de las asociaciones médicas de considerar la psicoterapia como una especialidad médica, pero denunció la evitación de la confrontación con los dilemas del hombre que la psicología ha realizado en su camino hacia la aceptación social.

Un concepto central en la psicología de May es el dilema del hombre. Se origina en la capacidad de éste para sentirse como sujeto y como objeto al mismo tiempo. Ambos modos de experimentarse a sí mismo son necesarios para la ciencia de la psicología, para la psicoterapia y para alcanzar una vida gratificante. El psicoterapeuta alterna y complementa la visión del paciente como objeto, cuando piensa en pautas y principios generales de la conducta, y como sujeto, cuando siente empatía hacia su sufrimiento y ve el mundo a través de sus ojos. Rechaza las dos alternativas de la consideración del ser humano como “puramente libre” o “puramente determinado” argumentando que ambas suponen negarse a aceptar el dilema del hombre. Introdujo como fundamentales en el contexto de la terapia las experiencias existenciales de la ansiedad, el amor y el poder.

Martorell y Prieto, (2007) enuncian algunas características que propone para la terapia existencial:

- ❖ Objetivo de la terapia existencial: aumentar la conciencia del cliente respecto de su propia existencia y, así, ayudar a que experimente su existencia como real.

- ❖ La técnica debe estar subordinada y seguir al conocer. Debe ser flexible y ajustarse a las necesidades de cada cliente.
- ❖ El terapeuta y el cliente son dos personas en una auténtica relación. El terapeuta no interpreta los hechos sino que los pone de manifiesto en su relación con el cliente.
- ❖ Los dinamismos psicológicos no son considerados comunes a la especie humana; se pone el énfasis en la significación particular de las dinámicas del cliente que se derivan del contexto de su vida. El terapeuta no siempre sabe qué es o qué motiva al cliente, y su actitud, más que aplicar una teoría, consiste en escucharle con atención y respeto.
- ❖ El terapeuta procura analizar todas las formas de comportamiento, tanto de él mismo como del cliente, que impiden el encuentro real entre ambos.
- ❖ Da mucha importancia al compromiso, que es el verdadero modo de estar vivo.

Abraham Maslow (1 de Abril de 1908 – 8 de Junio de 1970), es una de las figuras más conocidas de la psicología humanista, comparte con otros psicólogos humanistas la propuesta de un sistema holístico abierto a la variedad de la experiencia humana y, por tanto, el rechazo del uso de un método único para el estudio de esta diversidad. Propone integrar el conductismo y el psicoanálisis en sistemas más amplios. Tuvo gran interés por las personas humanamente excepcionales, lo que le llevó a una visión del hombre que muestra lo que puede llegar a ser y lo que se puede frustrar.

Martorell y Prieto (2007) explican que el concepto central en la psicología de Maslow es el de autorrealización, entendida como culminación de la tendencia al crecimiento que Maslow define como la obtención de la satisfacción de necesidades progresivamente superiores y, junto a esto, la satisfacción de la necesidad de estructurar el mundo a partir de sus propios análisis y valores.

Maslow establece su jerarquía de necesidades, la más conocida de sus aportaciones. Rechazó las teorías de la motivación que partían de determinantes únicos de la conducta, proponiendo una teoría de determinantes múltiples jerárquicamente organizados en niveles.

Los niveles en cómo se jerarquizan las necesidades son:

- ❖ Necesidades fisiológicas (comida, agua, sueño,...), necesidades que aun perteneciendo a este nivel tan básico tienen un componente de individualidad. Si estas necesidades fisiológicas son razonablemente satisfechas aparece el segundo nivel.
- ❖ Necesidades de seguridad, son necesidades que nos hacen sentirnos protegidos dentro de ellas podemos encontrar la seguridad física, de la salud, de empleo, de ingresos y recursos, seguridad moral, familiar y de propiedad privada.
- ❖ Necesidades de afiliación y afecto, tienen que ver con el desarrollo afectivo del individuo, son las necesidades de aceptación, asociación y participación. Y se satisfacen en las relaciones de amor, de compañeros, de familiares, y en las amistades. Estas se forman a partir del esquema social.
- ❖ Necesidades de estima, que incluiría la necesidad de sentirse competente, de ser reconocido por los propios logros y de sentirse adecuado.
- ❖ Finalmente, el hombre se abre a las necesidades de desarrollo, de autorrealización, este último nivel es algo diferente y Maslow utilizó varios términos para denominarlo: «motivación de crecimiento», «necesidad de ser» y «autorrealización». Son las necesidades más elevadas, se hallan en la cima de la jerarquía, y a través de su satisfacción, se encuentra un sentido a la vida mediante el desarrollo potencial de una actividad. Se llega a ésta cuando todos los niveles anteriores han sido alcanzados y completados, al menos, hasta cierto punto.

El proceso que lleva a la autorrealización culmina en lo que Maslow llama “experiencia cumbre”, que Martorell y Prieto describen como el sentimiento de

cuando se alcanza una cota como ser humano, un estar aquí y ahora “perdido en el presente”, con la conciencia de que lo que debería ser, es. Estas experiencias son perfectamente naturales e investigables y nos enseñan sobre el funcionamiento humano maduro, evolucionado y sano. Maslow identifica la sanidad, la autorrealización y la creatividad.

Cuando el proceso hacia la autorrealización se corta, aparecen reacciones desanimadoras, compensatorias o neuróticas y la conducta se focaliza hacia la evitación impidiendo el desarrollo autónomo según Martorell y Prieto, además apuntan que Maslow propone una concepción de la patología, relacionando la privación de los Valores del ser (o Valores-B, de “being”= ser), con la aparición de determinadas alteraciones, que él llama metapatologías y que entiende como disminuciones de lo humano. Por ejemplo, cuando el Valor-B, “verdad” es privado patógenamente y sustituido por deshonestidad, la metapatología específica que aparece es la incredulidad, desconfianza, cinismo o recelo.

Carl Rogers (8 de enero de 1902 - 4 de febrero de 1987) es uno de los autores más conocidos del movimiento humanista. Su método terapéutico, la terapia centrada en el cliente, o terapia no directiva, parte de la hipótesis central de que el individuo posee en sí mismo medios para la autocomprensión y para el cambio del concepto de sí mismo, de las actitudes y del comportamiento autodirigido. El terapeuta debe proporcionar un clima de actitudes psicológicas favorables para que el paciente pueda explotar dichos medios.

Dos rasgos principales de la terapia centrada en el cliente (Martorell y Prieto, 2007):

- ❖ La confianza radical en la persona del cliente (consultante).
- ❖ El rechazo al papel directivo del terapeuta.

Para Rogers, el ser humano nace con una tendencia realizadora que, si la infancia no la estropea, puede dar como resultado una persona plena: abierta a

nuevas experiencias, reflexiva, espontánea y que valora a otros y a sí mismo. La persona inadaptada tendría rasgos opuestos: cerrada, rígida y despreciativa de sí mismo y de los demás.

Rogers insiste en la importancia que tienen las actitudes y cualidades del terapeuta para el buen resultado de la terapia: las tres principales son la empatía, la autenticidad y la congruencia.

Rogers buscó comprender y describir el cambio que sufre el paciente cuando se siente comprendido y aceptado por el terapeuta (Rogers, 1971 en Martorell y Prieto, 2007):

- ❖ Se produce una relajación de los sentimientos: de considerarlos como algo remoto se reconocen como propios y, finalmente como un flujo siempre cambiante.
- ❖ Se cambia en el modo de experimentar: de la lejanía con que primero experimenta su vivencia se pasa a aceptarla como algo que tiene un significado, y al terminar el proceso el paciente se siente libre y guiado por sus vivencias.
- ❖ Se pasa de la incoherencia a la coherencia: desde la ignorancia de sus contradicciones hasta la comprensión de las mismas y su evitación.
- ❖ Se produce también un cambio en su relación con los problemas: desde su negación hasta la conciencia de ser él mismo su responsable, pasando por su aceptación.
- ❖ Cambia igualmente su modo de relacionarse con los demás: desde la evitación a la búsqueda de relaciones íntimas y de una disposición abierta.
- ❖ De centrarse en el pasado a centrarse en el presente

Viktor Emil Frankl, (26 de marzo de 1905 - 2 de septiembre de 1997) explica que emplea este término de "logoterapia" para definir su teoría. Logos es una palabra griega que equivale a "sentido", "significado" o "propósito". La logoterapia o, como muchos autores la han llamado, "la tercera escuela vienesa de

psicoterapia", se centra en el significado de la existencia humana, así como en la búsqueda de dicho sentido por parte del hombre. De acuerdo con la logoterapia, la primera fuerza motivante del hombre es la lucha por encontrarle un sentido a su propia vida (Frankl, 1991, p.100).

Frankl en 1991, dice que a cada hombre que se le pregunta por la vida, únicamente puede responder a la vida respondiendo por su propia vida; sólo siendo responsable puede contestar a la vida. De modo que la logoterapia considera que la esencia íntima de la existencia humana está en su capacidad de ser responsable. Este énfasis en la capacidad de ser responsable como la más pura esencia de la existencia, se refleja en la logoterapia; *"Vive como si ya estuvieras viviendo por segunda vez y como si la primera vez ya hubieras obrado tan desacertadamente como ahora estás a punto de obrar"*. A Frankl le parece que no hay nada que más pueda estimular el sentido humano de la responsabilidad, que esta máxima que invita a imaginar, en primer lugar, que el presente ya es pasado y, en segundo lugar, que se puede modificar y corregir ese pasado: dice que este precepto enfrenta al hombre con la finitud de la vida, así como con la finalidad de lo que cree de sí mismo y de su vida.

La logoterapia intenta hacer al paciente (consultante) plenamente consciente de sus propias responsabilidades; razón por la cual ha de dejarle la opción de decidir por qué, ante qué o ante quién se considera responsable. Y por ello el logoterapeuta es el menos tentado de todos los psicoterapeutas a imponer al paciente juicios de valor, pues nunca permitirá que éste traspase al médico la responsabilidad de juzgar. Corresponde, pues, al paciente decidir si debe interpretar su tarea vital siendo responsable ante la sociedad o ante su propia conciencia. Una gran mayoría, no obstante, considera que es a Dios a quien tiene que rendir cuentas; éstos son los que no interpretan sus vidas simplemente bajo la idea de que se les ha asignado una tarea que cumplir sino que se vuelven hacia el rector que les ha asignado dicha tarea.

Frankl, plantea que la logoterapia no es ni labor docente ni predicación y que la función del logoterapeuta consiste en ampliar y ensanchar el campo visual del paciente de forma que sea consciente y visible para él todo el espectro de las significaciones y los principios. La logoterapia no precisa imponer al paciente (consultante) ningún juicio, pues dice que en realidad la verdad se impone por sí misma sin intervención de ningún tipo. Al declarar que el hombre es una criatura responsable y que debe aprehender el sentido potencial de su vida, *“quiero subrayar que el verdadero sentido de la vida debe encontrarse en el mundo y no dentro del ser humano o de su propia psique, como si se tratara de un sistema cerrado”*.

Por la misma razón, la verdadera meta de la existencia humana no puede encontrarse en lo que se denomina autorrealización. No puede verse como meta por la simple razón de que cuanto más se esfuerce el hombre por conseguirla más se le escapa, sólo en medida en que el hombre se compromete consigo mismo al cumplimiento del sentido de su vida, en esa misma medida se autorrealiza. Es decir, la autorrealización no puede alcanzarse cuando se considera un fin en sí misma, sino cuando se la toma como efecto secundario de la propia trascendencia.

Frederick Solomon Perls (8 de julio de 1893 - 14 de marzo de 1970) es considerado como el principal fundador del modelo terapéutico Gestalt, junto con sus colaboradores; Laura Perls, Paul Goodman, y Ralph Hefferline ellos elaboraron un sistema coherente de diversas corrientes filosóficas y metodológicas que dieron el marco psicoterapéutico a la Gestalt junto con Isadore From, Paul Weiz, Elliot Shapiro y Silvestre Eastman (Castanedo, 1997).

Ginger(1993), cree que la Psicoterapia Gestalt surge de una combinación de diversas corrientes filosóficas y terapéuticas europeas, americanas y orientales, como: psicoterapia fenomenológica y existencialista, predominantemente de origen europeo. También del Psicoanálisis, el Budismo Zen y la corriente

Humanista (Castanedo, 1997). Quitman(1998),piensa que su mayor influencia, proviene de la Fenomenología y las corrientes filosóficas del Existencialismo.

Perls (1985)se consideró psicoanalista ortodoxo durante más de un cuarto de siglo, encontró en el Psicoanálisis freudiano un soporte teórico y práctico para sus reflexiones (Petit, 1989). Reconoció "(...) en la visión de Freud, contradicciones y limitaciones que habían estado ocultas (...) durante 20 años debido a la magnificencia y atrevimientos de sus conceptos".

Ya que contribuye a alargar de manera considerable la cura, induciendo a una dependencia excesiva que no permite a las personas asumir desiciones importantes en la vida cotidiana, además corre el riesgo de favorecer y propiciar mecanismos proyectivos que Perls, considera como una resistencia a mirar la realidad de frente, es decir, como una huida frente a la responsabilidad.

Así, desde su punto de vista las interferencias con las tranferencias deben ser señaladas en la medida que se manifiesten, sin ser motor principal, pero si importante en el trabajo terapéutico, es decir, que la tienen en cuenta, pero se aprovecha más la contratransferencia, es decir, la transferencia del terapeuta(Ginger & Ginger, 1993). La conclusión de Perls (1985), con respecto a esto es que" (...) la tranferencia representa un papel escogido y comparativamente sin importancia en todo lo complejo".

Perls, abandona toda búsqueda explicativa de causas en los traumas de la primera infancia, le parece que hacerlo, constituye una justificación defensiva que en lugar de combatir la neurosis, la refuerza.

En 1942, Perls menciona desde su óptica:

"En ningún caso, niego que todo tenga un origen en el pasado y tienda hacia un desarrollo posterior, pero lo que quiero aclarar, es que el pasado y el futuro toman referencia

continuamente en el presente y deben estar ligados. Sin la referencia al presente, éstos pierden su sentido” (Perls, 1985, p. 105).

Ginger (1993), dice que en suma, se puede decir que la Psicoterapia Gestalt propone de alguna manera, una inversión del proceso de la cura, ya que en el psicoanálisis la toma de conciencia se supone lleva a una modificación de lo vivido, sin embargo en la Psicoterapia Gestalt las modificaciones de lo vivido a través de la experiencia permiten un cambio de comportamiento acompañado de una eventual toma de conciencia.

En lo relacionado al papel del terapeuta, Perls está en contra de la normatividad y las reglas estrictas del psicoanálisis freudiano en la práctica.

Para él “La entrevista Psicoanalista ha cambiado de una consulta a un ritual (casi obsesivo) en que deben de observarse cierto número de condiciones innaturales casi religiosas” (Perls, 1985, p.106).

Este “ritual” tiene un origen particular a los ojos de Perls (Shepard, 2003):

“Freud no podía ser franco, y su problema se convirtió en una técnica que llevó muchos años corregir. Pasó algo similar a lo que le ocurrió a un amigo mío que, fabricaba tazas de té, él había creado una original, decidió mandarla para hacerla fabricar a escala industrial. En el transcurso del transporte, se rompió el asa. Cuando esta llegaron de vuelta, traían sus asas... separadas. En psicoterapia ocurrió algo similar. Freud tenía fobia a mirar a las personas de frente o ser mirado fijamente por los demás, y para eludir esta situación colocó a paciente en un diván

se sentó detrás de él. Este síntoma se convirtió muy pronto en el procedimiento habitual, como pasó con el asa rota”.

Cabe mencionar que, aunque Perls no comulga totalmente con el pensamiento freudiano, existen puntos en los que sí. Por ejemplo, mantiene la noción freudiana de la compulsión a la repetición, pero, ésta tendencia está vinculada a necesidades insatisfechas, a “gestalten inacabadas”, y donde mostró Zeigarnik que estas manifiestan una propensión a completarse (Ginger & Ginger, 1993).

Sánchez (1998), escribe sobre otro tema tomado por Perls el de la ambivalencia en el trabajo de la integración de las “polaridades” opuestas como amor/odio, masculinidad/femenidad, autonomía/dependencia, violencia/ternura, entre otras.

Sostiene que todos tenemos dentro un sistema de opuestos, o dicho en otras palabras, cada parte de nosotros tiene su correspondiente opuesto aunque a veces nos cueste aceptarlo. Por ejemplo no podemos calibrar nuestro amor, sin la existencia en nosotros del odio, es imposible la memoria sin capacidad de olvido, así, somos conscientes del equilibrio corporal porque lo hemos perdido alguna vez. Perls, en la Psicoterapia Gestalt trabaja a fondo sobre la integración de las partes de uno mismo, atendiendo a las partes opuestas como las más rechazadas y que dividen más a la persona dificultándole el completar su propia Gestalt.

También rescata de la tradición analítica los sueños, sólo que de una manera diferente: en análisis, sirve de base para las asociaciones verbales y eventualmente da lugar a una interpretación, sin embargo, en la Psicoterapia Gestalt, busca establecer una identificación sucesiva de los diversos elementos del sueño, lleva también a las asociaciones, acompañadas con frecuencia de reacciones emocionales eventualmente amplificadas por una puesta en acción de tipo psicodramático de los diferentes elementos que tienen lugar en el sueño.

Para Perls (2003) el sueño es considerado como “(...) un mensaje existencial no solamente como una situación inconclusa, no es un problema del momento, no es solo un síntoma una formación del carácter. Incluye la existencia total de la persona (...).

La noción de la resistencia para Perls no es una barrera inerte, que deba eliminarse como presupone el psicoanálisis, sino una fuerza creativa para manejar un mundo difícil.

En la Psicoterapia Gestalt, el modo de ver las resistencias es que la persona tiene necesidad de ellas, como decisión consciente. Entre las resistencias, llamadas también pérdidas de las funciones del yo, bloqueos, interrupciones, interferencias o mecanismos de evitación, nombradas por Perls se encuentran: introyección, proyección, retroflexión, proflexión, aislamiento y fijación, deflexión.

Sin embargo, aunque existen puntos cercanos entre la Psicoterapia Gestalt y Psicoanálisis, la terapia creada por Perls no puede ser considerada como un enfoque psicoanalítico. Ya que Freud había escrito en 1922 las condiciones mínimas para contarse entre los psicoanalistas, que excluyen claramente a Perls, al igual que otros importantes disidentes como Adler, Jung, Ferenczi, Rank, Reich, etc.:

“La afirmación relativa a la existencia de los procesos mentales inconscientes, el parecido a la teoría de la sexualidad y el complejo de Edipo: tales son los puntos esenciales que trata el psicoanálisis, y también los fundamentos de su teoría. Quien no los acepte globalmente no podrá contarse entre los psicoanalistas” (Ginger & Ginger, 1993).

1.3 Principios básicos de la Psicoterapia Existencial Humanista

Siguiendo e integrando las ideas de la Asociación de Psicología Humanista, se puede señalar cuatro características como las más típicas en los autores más representativos de esta orientación psicológica:

1. Una atención centrada en la experiencia humana consciente como fenómeno primario ineludible al estudiar al hombre. Las explicaciones teóricas y la conducta externa son consideradas como posteriores y secundarias ante la experiencia misma y ante la significación de esta para la persona.
2. Un énfasis en cualidades tan profundamente humanas como la elección, la creatividad, la valoración y la autorrealización, en cuanto opuestas a un pensar sobre los seres humanos en términos mecanicistas y reduccionistas.
3. Fidelidad al significado y valor cuando se eligen los problemas de estudio e investigación, y oposición al énfasis que se pone en la objetividad metodológica a expensas de la significación.
4. Especial aprecio por la *dignidad y valor del hombre* e interés en el desarrollo del potencial inherente a cada persona (Martínez Miguélez, 1999).

En este sentido, Gordon Allport distinguió dos orientaciones en psicología:

- ❖ La orientación ideográfica: pone el énfasis en la experiencia individual, en el caso único.
- ❖ La orientación nomotética: se interesa por abstracciones estadísticas tales como medias o desviaciones típicas.

Allport creyó que un riesgo de la psicología que busca la credibilidad científica es la pérdida de lo que tendría ser más importante para la psicología: La

experiencia individual. No negó la orientación nomotética, pero reclamó un puesto para la ideográfica (Martorell y Prieto, 2007).

Martínez(1999), señala que en cuanto a la metodología científica, la Psicología Humanista en primer lugar insiste además, en que el estudio debe estar más centrado en los problemas y menos concentrado en los medios y métodos. Poca utilidad tendría el uso de un método muy "objetivo", si el problema estudiado carece de importancia en la vida humana. Los medios no deben prevalecer sobre los fines, sino estar supeditados a éstos. En segundo lugar, los problemas humanos no pueden ser tratados adecuadamente manejando simples abstracciones, palabras y conceptos, como suelen hacer los intelectuales con mucha frecuencia. Es necesario llegar a la experiencia real originaria, que es el proceso humano básico del cual depende toda la operación de la ciencia. Y en tercer lugar, el ser humano es una unidad irreductible; cada una de sus "partes" está relacionada con todas las demás. La coordinación e interacción mutua de los procesos no permite aislarlos sin que pierdan su naturaleza, su relevancia y su significado.

1.4 Principios filosóficos de la Psicoterapia Existencial Humanista

Martorell, (2004) dice que la fenomenología europea y la filosofía existencial constituyen la base de la Psicología Existencial Humanista. La base filosófica corresponde al existencialismo, mientras que el método lo toma de la fenomenología.

Para el existencialismo lo más importante del ser humano es su existencia y que se reencuentre consigo mismo. Su contribución fundamental es comprender al hombre como ser en su "existir".

- ❖ El *existencialismo* propone ciertos atributos existenciales inherentes a la naturaleza humana (Martorell, 2004):
- ❖ *Muerte*, que es darse cuenta que puede dejar de existir.
- ❖ *Libertad* que es lo que nos confronta con la realidad de nuestra libertad durante la vida y con la capacidad que tenemos para decidir el rumbo que deseamos dar a nuestra existencia.
- ❖ *Responsabilidad* que se refiere a ser responsable de lo que decida y de lo que deje en manos del destino.
- ❖ *Soledad* que significa que somos únicos e irrepetibles, nacemos solos y morimos solos.
- ❖ *Vida* vista sin un sentido *per sé* y en la que cada uno necesita encontrar su propio sentido de vida.

Estos cinco atributos existenciales son expresiones de la existencia, ninguno se contrapone y ni es más importante que el otro, ya que en realidad cada uno se presenta a través del otro.

Las principales nociones del existencialismo son (Martorell, 2004):

- ❖ La vivencia concreta está por sobre las abstracciones. Prioridad de lo vivido. Se reflexiona para actuar.
- ❖ Cada experiencia humana es singular e intransferible. Cada existencia es original.
- ❖ Cada persona es responsable de su proyecto existencial. Eso le da sentido a su vida y así crea cada día su libertad relativa.

Por otro lado, Martorell (2004) comenta que la fenomenología busca captar el fenómeno de la realidad, tal como se manifiesta y sólo como se manifiesta. Esto se hace por medio de una operación mental en la que el observador excluye de su mente, no sólo cualquier juicio de valor sobre el fenómeno en cuestión, sino también cualquier afirmación relativa a sus causas o a su trasfondo. Lo que busca el método fenomenológico es la contemplación y captación imparcial de los

fenómenos, tal cual se manifiestan y esto lo logra, al hacer a un lado cualquier prejuicio intelectual que distorsione esa captación. Busca la comprensión desde lo obvio más que desde la interpretación del observador. Trabaja al entrar vivencialmente en la situación y promover el darse cuenta sensorial, buscando descubrir lo que es obvio.

La fenomenología se basa en los siguientes conceptos (Martorell, 2004):

- ❖ Describir antes que explicar. El *cómo* es más importante que el *por qué*.
- ❖ La percepción corporal de la vivencia inmediata es esencial.
- ❖ Lo fundamental es el proceso que se desarrolla *aquí y ahora*.

1.5 Concepción humanista del hombre

La psicología humanista es más un movimiento que una escuela, e incluso más aún el reflejo de una actitud sobre el ser humano y el conocimiento.

Los postulados básicos sobre el hombre son los siguientes (Martorell y Prieto, 2007):

- ❖ El todo es más que la suma de sus partes.
- ❖ Lleva a cabo su existencia en un contexto humano.
- ❖ Es consciente.
- ❖ Tiene capacidad de elección.
- ❖ Es intencional en sus propósitos, sus experiencias valorativas, su creatividad y la comprensión de significados.

Berelson y Steiner en 1964 publicaron un estudio basado en 1045 investigaciones científicas relacionadas con la conducta humana, y concluyeron que la imagen del hombre que surge de ellas es "incompleta". Aquí su comentario al respecto (Martínez Miguélez, 1999).

“A medida que uno vive la vida o la observa a su alrededor (o dentro de sí mismo) o la encuentra en una obra de arte, ve una riqueza que de alguna manera cayó a través del presente tamiz de las ciencias de la conducta. Este libro, por ejemplo, tiene muy poco que decir sobre los siguientes aspectos humanos centrales: nobleza, coraje moral, tormentos éticos, delicada relación de padre e hijo o del estado matrimonial, estilo de vida que corrompe la inocencia, rectitud o no rectitud de los actos, malignidad humana, alegría, amor y odio, muerte y el mismo sexo”

1.6 Técnicas de intervención

Parafraseando a Claudio Naranjo (1991) cuando habla de la terapia gestáltica, la psicoterapia centrada en el cliente no está conformada básicamente por técnicas sino, esencialmente, por actitudes del terapeuta, las mismas que pueden ser instrumentalizadas de diversa manera.

Se consideran así dos factores; primero, la actitud que tiene el terapeuta, su filosofía operacional básica frente a la dignidad y la significación del individuo, lo que implica a la hipótesis básica; y segundo, su instrumentalización a través de métodos adecuados.

Las actitudes del terapeuta deben ser transmitidas de manera indirecta, impregnadas en las comunicaciones pero no formuladas abiertamente en ninguna de ellas. A veces esto no es comprendido plenamente y por esta razón algunos asumen que la actitud centrada en el cliente consiste en ser pasivos e indiferentes, en "no entrometerse". Pero ello de plano es incorrecto y, más aún, es nocivo, porque la pasividad de hecho es asumida como rechazo; además, suele terminar por aburrir al sujeto al ver que no recibe nada.

El enfoque plantea más bien que el terapeuta debe ayudar a clarificar las emociones del cliente, ser un facilitador en el proceso de hacerlas conscientes, y por ello manejables y no patológicas. Pero no asumiendo un rol de omnisciente y todopoderoso, que lleva al cliente de la mano diciéndole "Yo te acepto" y devolviéndole "masticadito" el material que éste le proporciona.

Si hay respeto sincero y absoluto, procurará más bien que sea el consultante quien dirija el proceso. En este caso las intervenciones del terapeuta se plantearán como posibilidades, casi como ecos del material expuesto, y no como juicios de valor, afirmaciones o interpretaciones.

La imagen del eco puede servir para comprender el fenómeno: un eco es una reproducción amplificada y modulada que implica una adecuada percepción y una buena dosis de empatía frente a lo reproducido, algo que suena igual y diferente al mismo tiempo, y que permite al emisor una recaptación novedosa y más completa del mensaje emitido donde ahora es a la vez emisor y receptor de sí mismo, y ya no sólo emisor. Además, el eco supone un "algo" en comunidad con nosotros, otra persona (un alter-ego) que nos escucha y reproduce y/o reformula nuestros mensajes en un ambiente de aceptación.

En este diálogo con el terapeuta, que en esencia es un diálogo conmigo mismo, empiezo a sentirme aceptado, puesto que diga lo que diga, haga lo que haga, sólo recibo como eco empatía y calidez, en lugar de consejos, diagnósticos o interpretaciones; así, me doy cuenta paulatinamente que no soy tan malo, tan raro o diferente como creía, y empiezo a permitir que mi capacidad de crecer se vaya abriendo paso.

A semejanza de la dicotomía gestáltica figura-fondo, en esta psicoterapia se persigue que el fondo que es el campo experiencial no consciente, lo oculto, lo temido, pase a ser la figura que es concebida como la conciencia, parte del self, del sí mismo. El Yo "engorda", se vuelve más eficaz en el manejo de la realidad

interna, consumiendo menos energías en la construcción de defensas que lo protejan contra la angustia.

En cuanto a los detalles del proceso psicoterapéutico, Rogers & Kinget (1971) plantean lo siguiente: "Digamos, de entrada, que no existe una distinción precisa entre el proceso y los resultados de la terapia. Las características del proceso corresponden, de hecho, a elementos diferenciados de los resultados".

Algunas de las ideas y prácticas de Ferenczi que Perls tomó y desarrollo son (Ginger & Ginger, 1993):

- ❖ La atención al cuerpo: observa los más mínimos movimientos, las modificaciones corporales, los cambios de voz que acompañan a las asociaciones e interpretaciones verbales.
- ❖ La idea de inconsciente biológico: Ferenczi funda lo que él llama "Bionálisis", propone ejercicios físicos.
- ❖ La elasticidad técnica: búsqueda deliberada por parte de los terapeutas de su "estilo personal específico", este principio sigue en la actualidad siendo aceptado por todos los terapeutas de Gestalt.
- ❖ El uso de una "técnica activa": son intervenciones terapéuticas reguladas por las necesidades del cliente bajo la forma de sugerencias abiertas o proposiciones de puesta en acción corporal simbólica de las fantasías.
- ❖ La actitud gratificante, efectiva y positiva del terapeuta, a través de manifestaciones de afecto, mediante signos verbales y físicos generando una imagen maternal para compensar carencia precoz de ternura
- ❖ La obligación del análisis personal o "didáctico" para cualquier futuro analista.
- ❖ La exigencia de un control o de supervisión para los practicantes que comienzan.

Por lo tanto Perls (2000) dice que la psicoterapia se basa en que: "(...) la maduración es un proceso de crecimiento continuo en el que el apoyo ambiental

se transforma en auto apoyo". Según Quitmann (1998) este proceso inicia en el trabajo psicoterapéutico desde el momento en que la persona y el terapeuta establecen una relación Yo- Tú, en donde "la tarea del terapeuta es vigilar que la persona no pierda el estado de consciencia y que no interrumpa el contacto consigo mismo o con el entorno a través de una desviación hacia el futuro o hacia el pasado". Peñarrubia (1998) dice que esto se logra por medio del modelo de escucha y los puntos que incluye son: escucha fenomenológica, toma de consciencia interna, asimilación-hipótesis de trabajo devolución-diseño del experimento. Estos puntos se describen a continuación ya que proporcionan una guía sobre la metodología que siguen los terapeutas gestálticos.

- ❖ Escucha fenomenológica: se concentra en dos líneas operativas: escuchar lo que el otro dice, retenerlo e incluso reproducirlo lo más literalmente posible supone una prueba de atención y, escuchar lo no verbal. Cuando se presenta disonancia entre un lenguaje verbal y el no verbal es aconsejable apostar por este último.
- ❖ Toma de consciencia interna: es decir, que el terapeuta fluya entre lo que observa fuera y lo que se mueve dentro de él, es importante para ello que el terapeuta escuche con honestidad sobre sus preceptos y la contra transferencia. Es recomendable decirse a sí mismo o al interlocutor los prejuicios y/o sentimientos que se experimentan, la forma de hacerlo va a depender de cada terapeuta y de la situación.
- ❖ Asimilación-hipótesis de trabajo: se trata de decodificar la intuición, es decir, ponerle palabras a lo que la persona hace espontánea e intuitivamente. Por lo general el terapeuta tienen alguna idea acerca de lo que le pasa a su clientey genera alguna hipótesis sobre como abordarlo: lo invita a hablar sobre algo de sí, le propone un diálogo o una movilización corporal, etc. La hipótesis se apoya en el presente, sobre lo que ocurre en el momento.
- ❖ Devolución-diseño del experimento: Tiene que ver con la actividad del terapeuta, en específico con el repertorio de respuestas e intervenciones posibles a su disposición.

Para Peñarrubia(1998), las más frecuentes son: las señalizaciones basadas en la percepción de lo obvio; las expresiones emocionales del terapeuta, empleando sus propios sentimientos en la relación; las confrontaciones del paciente consigo mismo, con el terapeuta, con personas presentes o ausentes y los ejercicios o experiencias a desarrollar. Cualquiera de estas intervenciones tienen como fin que el paciente amplíe su consciencia y experiencia. Diseñar el experimento es potenciar los recursos técnicos del terapeuta.

Las reglas se expresan como propuesta actitudinales, son escasas en número y suelen presentarse y nombrarse al inicio de la Psicoterapia. Los juegos son numerosos y se crean a cada instante, siempre son nuevos, ninguno es totalmente igual al otro.

La metodología gestalt que se expresa en términos de reglas y juegos ha trascendido en una clasificación de las técnicas en tres grupos (Naranjo, 1991):

1. *Técnicas Supresivas*: Pretenden evitar o suprimir los intentos de evasión del consultante del aquí/ahora y de su experiencia; es decir, se busca que la persona experimente lo que no quiere o lo oculto a fin de facilitar su percatarse.

Desalientan lo que no es la persona.

Entre las Principales Supresivas se tienen:

- ❖ Experimentar la nada o el vacío, tratando de que el "vacío estéril se convierta en vacío fértil"; no huir del sentimiento de vacío, integrarlo al sí mismo, vivirlo y ver que surge de él.
- ❖ Evitar "hablar acerca de", como una forma de escapar a lo que es. El hablar debe sustituirse por el vivenciar. El uso de "Por qué" y "porque" produce verborrea. Otras tres clases de producciones verborreicas: chicken-shit – "buenos días" como le va"; bull-shit –por qué, racionalizaciones y excusas–; elephant-shit –filosofía y teorías–.

- ❖ Detectar los "deberías" y antes que suprimirlos es mejor tratar de determinar qué puede haber detrás de ellos. Los "deberías" al igual que el "hablar acerca de" son forma de no ver lo que se es. Es en sí un mal uso de las emociones.
- ❖ Detectar las diversas formas de manipulación y los juegos o roles "como si" que se desempeñan en terapia. También, antes que suprimirlos es mejor vivenciarlos, hacer que el sujeto se dé cuenta de ellos y del rol que juegan en su vida. Entre las principales formas de manipular se puede hallar: las preguntas, las respuestas, pedir permiso y las demandas.

Estas técnicas supresivas mencionadas se pueden aplicar siempre y cuando no se abuse de ellas por que perderían su objetivo, además de que requieren de ser introducidas en el momento oportuno (timing). En esencia son la teoría en práctica de la gestalt y preparan el campo fértil para el percatarse de la persona, ya que todas van encaminadas a dirigir la atención a su experiencia en el momento con la renuncia en masa de toda explicación y la búsqueda de la experiencia, el percatarse y no la intromisión.

2. *Técnicas Expresivas*: Se busca que el sujeto exteriorice lo interno, que se dé cuenta de cosas que posiblemente llevó en sí toda su vida, pero que no percibía.

Estimulan lo que es la persona.

Entre las principales Expresivas se tienen:

- ❖ Expresar lo no expresado (inician acciones):
 - Maximizar la expresión, dándole al sujeto un contexto no estructurado para que se confronte consigo mismo y se haga responsable de lo que es. Se pueden trabajar con inducciones imaginarias de situaciones desconocidas o raras, para que afloren temores, situaciones inconclusas. También se puede minimizar la acción no-expresiva.
 - Pedir al cliente que exprese lo que está sintiendo.

-Hacer la ronda, que el sujeto exprese lo que quiera a cada miembro del grupo o se le da una frase para que la repita a cada uno y experimente lo que siente.

- ❖ Terminar o completar la expresión: Aquí se busca detectar las situaciones inconclusas, las cosas que no se dijeron pero pudieron decirse o hacerse y que ahora pesan en la vida del cliente. Una de las técnicas más conocidas es la "silla vacía", es decir, trabajar imaginariamente los problemas que el sujeto tiene con personas vivas o muertas utilizando el juego de roles. También se pueden utilizar inducciones imaginarias para reconstruir la situación y vivirla nuevamente de manera más sana, expresando y experimentando todo lo que se evitó la primera vez.

- ❖ Buscar la dirección y hacer la expresión directa:

-Repetición: La intención de esta técnica es buscar que el sujeto se percate de alguna acción o frase que pudiera ser de importancia y que se dé cuenta de su significado. Ejemplos: "repite esa frase nuevamente", "haz otra vez ese gesto", etc.

-Exageración y desarrollo: Es ir más allá de la simple repetición, tratando de que el sujeto ponga más énfasis en lo que dice o hace, cargándolo emocionalmente e incrementando su significado hasta percatarse de él. También, a partir de una repetición simple el sujeto puede continuar desarrollando su expresión con otras cosas para facilitar el darse cuenta.

-Traducir: Consiste en llevar al plano verbal alguna conducta no verbal, expresar con palabras lo que se hace. "Qué quiere decir tu mano", "Si tu nariz hablara que diría", "Deja hablar a tus genitales".

-Actuación e identificación: Es lo contrario a traducir. Se busca que el sujeto "actúe" sus sentimientos, emociones, pensamientos y fantasías; que las lleve a la práctica para que se identifique con ellas y las integre a su personalidad. Es muy útil en el trabajo de sueños.

Para la producción o una experimentación idónea de estas técnicas se necesita la creatividad del terapeuta, la disposición de la persona a vivenciar y un ambiente de confianza.

3. *Técnicas Integrativas*: Se busca con estas técnicas que el sujeto incorpore o reintegre a su personalidad sus partes alienadas, sus hoyos. Aunque las técnicas supresivas y expresivas son también integrativas de algún modo, aquí se hace más énfasis en la incorporación de la experiencia.

- a. El encuentro intrapersonal: Consiste en que el sujeto mantenga un diálogo explícito, vivo, con las diversas partes de su ser; entre los diversos sub-yos intra-psíquicos. Por ejemplo entre el "yo debería" y el "yo quiero", su lado femenino con el masculino, su lado pasivo con el activo, el risueño y el serio, el perro de arriba con el perro de abajo, etc. Se puede utilizar como técnica la "silla vacía" intercambiando los roles hasta integrar ambas partes en conflicto.
- b. Asimilación de proyecciones: Se busca aquí que el sujeto reconozca como propias las proyecciones que emite. Para ello se le puede pedir que él haga de cuenta que vive lo proyectado, que experimente su proyección como si fuera realmente suya.

Ejemplo:

P: "Mi madre me odia".

T: "Imagina que eres tú quien odia a tu madre; ¿cómo te sientes con ese sentimiento? ¿Honestamente, puedes reconocer que ese sentimiento es tuyo realmente?".

Estas se pueden aplicar siempre y cuando la persona se haya percatado de los dos lados de su sí mismo es decir haya experimentado desde la vivencia a ambos. También debe agregarse que la discusión que se genere necesariamente tiene que ser a nivel de los sentimientos.

La logoterapia también ha ideado ciertas técnicas.

Intención "intención paradójica": se basa en la dualidad de que, por una parte el miedo hace que se produzca lo que se teme y, por otra, la hiper-intención estorba lo que se desea. En esta técnica se invita a la persona fóbica a que intente hacer precisamente aquello que teme, aunque sea sólo por un momento. En la "ansiedad anticipatoria" la persona siente temor, a producir aquello que precisamente teme.

Ejemplo: Una persona que teme ponerse colorada cuando entra en una gran sala y se encuentra con mucha gente, se ruborizará sin la menor duda.

En este sentido podría extrapolarse el dicho: "el deseo es el padre del pensamiento" y afirmar que "el miedo es la madre del suceso". Por irónico que parezca, de la misma forma que el miedo hace que suceda lo que uno teme, una intención obligada hace imposible lo que uno desea a la fuerza.

Ejemplo: Un joven médico tenía temor a transpirar. Siempre que esperaba que se produjera la transpiración, la ansiedad anticipatoria era suficiente para precipitar una sudoración. A fin de cortar este proceso tautológico, se le aconsejó, que decidiera deliberadamente mostrar a la gente cuánto era capaz de sudar. Una semana más tarde informó de que cada vez que se encontraba a alguien que antes hubiera desencadenado su ansiedad anticipatoria, se decía para sus adentros: "Antes sólo sudaba un litro, pero ahora voy a sudar por lo menos diez." El resultado fue que, tras haber sufrido por su fobia durante años, ahora era capaz, con una sola sesión, de verse permanentemente libre de ella en una semana. Este procedimiento consiste en darle la vuelta a la actitud del consultante en la medida en que su temor se ve reemplazado por un deseo paradójico.

Ahora bien, este procedimiento debe hacer uso de la capacidad específicamente humana para el desprendimiento de uno mismo, inherente al

sentido del humor. Esta capacidad básica para desprenderse de uno mismo se pone de manifiesto siempre que se aplica la técnica de "intención paradójica".

“Al mismo tiempo se capacita al paciente para apartarse de su propia neurosis. Gordon W. Allport escribe: "El neurótico que aprende a reírse de sí mismo puede estar en el camino de gobernarse a sí mismo, tal vez de curarse." La intención paradójica es la constatación empírica y la aplicación clínica de la afirmación de Allport” (Frankl, 1991).

Frankl (1991), piensa que la intención paradójica es en sí un instrumento útil en el tratamiento de las situaciones obsesivas, compulsivas, fóbicas y trastornos de sueño. Especialmente en los casos en que subyace la ansiedad anticipatoria.

Para finalizar lo importante para el proceso de estas técnicas es tener una actitud genuina y autentica, el respeto por el ritmo individual de la persona. El no aplicar las técnicas estereotipadamente, y/o de manera masiva (Naranjo, 1991)

Ahora revisemos como la sexualidad es vista desde la perspectiva humanista.

1.7 El Humanismo y la Sexualidad

A pesar de ya bastantes esfuerzos de hombres y mujeres que buscan que la sexualidad sea vista de manera abierta y desprejuiciada, Barrios (2005), piensa que en la realidad la sociedad en general sigue llena de prejuicios y desinformación al respecto. Y explica que es así, quizás porque es más fácil para las personas entenderlo desde el intelecto que hacer cambios en las actitudes, modificando su modo de vivir asumiendo su comprensión tanto de su sexualidad como la de los demás.

Desde el punto de vista de Barrios quien promueve una nueva forma de contemplar al ser humano, desde mediados del siglo XX es la filosofía existencial-humanista y en particular la tercera fuerza de la psicología: la psicología humanista.

Como ya se mencionó antes el humanismo surge como una reacción ante el determinismo y el mecanicismo, como una búsqueda de una concepción optimista y positiva del ser humano que le pueda dar cabida a los aspectos más constructivos y creativos de la persona, pues estos son los relevantes y los que explican mejor al ser humano.

La psicología humanista tiene una concepción del ser humano que va más allá de la apreciación autodestructiva, determinista y mecanicista que lo ve como un enfermo, preso entre los instintos caóticos y las fuerzas sociales represivas o del medio ambiente; donde se le ve como un problema técnico a resolver; desde el humanismo se ve al ser humano como aquel que tiene la capacidad de auto determinarse, de ser constructivo y autónomo, de elegir valores que incluso trascienden su propia supervivencia.

Para Barrios lo importante es que la persona vista así es capaz de amar, de compadecerse del dolor propio y ajeno, de comprender a las demás personas y de comprenderse a sí misma, de ofrendar su propia existencia en este mundo por causas personales que le son significativas más que su propia vida. Con esto se cuestionan la adaptación y la supervivencia como los fines últimos del ser humano.

El ser humano particular, como lo dice Rollo May, es “la estructura singular de las potencialidades del individuo”.

A continuación una lista hecha por Barrios (2005) de las ideas existenciales humanistas más importantes para sentar las bases de una nueva manera de ver la sexualidad humana.

Libertad y orden natural. Por constructo social como todo lo humano el mundo tiene un “orden natural”. La libertad es el único camino para acceder al el orden natural. Orden y libertad no se excluyen por el contrario sin libertad no se llega al “orden natural”. La condición para que la sexualidad sea verdaderamente humana, es que tiene que ser una opción libre de la persona. Lo que no asegura que la persona siempre se sienta satisfecha de su elección, ni que ésta sea constructiva para ella.

Se busca que la persona pueda, a través de ensayar y errar, saber qué es lo mejor para ella desde su propia experiencia, logrando así su verdadero aprendizaje es decir un aprendizaje que le sea realmente significativo a la persona, porque procede de su propia experiencia y no desde los deseos o creencias de los demás.

Así afirma Barrios (2005) que al ir experimentando, si la persona elige con libertad, terminara por elegir lo que la haga sentir mejor, más satisfecha, más plena, lo cual le generará un orden interno que le es natural. El ser humano tiene la posibilidad de elegir y decidir, pues cuando funciona de acuerdo con él mismo, es proactivo y no un espectador pasivo.

Esta vivencia de libertad en la experiencia humana agrega Barrios, pone a la persona frente al proceso de tomar decisiones, donde se vive tocando dos de sus polaridades indispensables e ineludibles para el crecimiento: la seguridad y el riesgo. Ambas, en su interacción dinámica y permanente, promueven el desarrollo del ser humano y es “natural” que estas fuerzas se expresen en nosotros.

Barrios ha constatado desde la terapia sexual que en nuestra sexualidad el riesgo y seguridad están implícitos, en nuestras expresiones sexuales; afectivas, convivenciales, etc. Al respecto dice que hay momentos en los que la necesidad de seguridad puede ser más fuerte que la de riesgo y a la inversa. Y dice que lo importante es darnos cuenta de que éste es un proceso interno permanente, que es inherente a la persona y deseable para el crecimiento del individuo.

Concepción de ser humano. Barrios dice que las y los humanistas consideran a la llamada naturaleza humana como profundamente positiva. Así, que cualquier elección que realiza un ser humano expresa su búsqueda de desarrollo total, de auto realización.

Así mismo Barrios comenta que tienen una visión naturalista, es decir, ven al humano como innatamente constructivo; de esta forma la persona, tiende a buscar su supervivencia y su desarrollo. Tiene una tendencia innata a autorrealizarse, a atender sus necesidades de manera jerarquizada. Este atender las necesidades priorizando unas sobre otras, es un proceso orgánico y unitario. El motivo prioritario en la vida humana es la autorrealización. El ser humano nace con una tendencia a la autorrealización propia, posee en sí mismo todo lo necesario para la preservación y desarrollo.

Creer también que es muy importante que se confíe en la persona para promover su desarrollo; que se le ayude a descubrir sus recursos, de manera que pueda confiar en sí misma y en su propia capacidad, para que las diversas elecciones que realice sean hechas desde una fuente de valoración interna y de acuerdo con su propia percepción y experiencia.

Consciencia. El ser humano es el único sobre el planeta Tierra capaz de tener consciencia; es decir es capaz de darse cuenta que se da cuenta. Gracias a esta capacidad puede trascenderse a sí mismo. Vivimos en forma consciente y ésta es una de nuestras características esenciales (Barrios, 2005).

La sexualidad vivida con consciencia y responsabilidad hace al ser humano más humano, más integrado y desarrollado. De ahí la importancia de promover el desarrollo de la consciencia respecto de su sexualidad. Barrios considera que la negociación, la represión y el silencio sobre este tema, hacen que la sexualidad sea vivida más como algo que detiene el crecimiento que como algo que lo promueve.

A menudo que aumenta la consciencia en el ser humano, tiene la posibilidad de incrementar su libertad interna; por esta razón, para que haya una real libertad en el ejercicio de la sexualidad, es indispensable aumentar el “darse cuenta de la misma”.

Responsabilidad. Sobre este punto Barrios dice que en el desarrollo del ser, una libertad sin responsabilidad no tiene valor. “Estar en el mundo” es una característica existencial del ser humano. Y habla de que el mundo no es concebible sin el ser humano y el ser humano no se concibe sin el mundo.

Así mismo no es posible que alguien se responsabilice de algo que no lo ha elegido libremente. Para que la sexualidad sea vivida con responsabilidad, es indispensable que haya como condición básica la libertad de opción y experimentación. También es esencial que la propia persona disponga de apertura para reconocer y valorar las diferentes opciones que se le presentan.

“El ser humano es responsable de su existencia, de su estar en el mundo, y para que pueda hacerse cargo de su vida, no debe haber autoridad superior a él, la única autoridad legítima es la de la propia persona y de su consciencia. Esta consciencia se va formando y enriqueciendo con su experiencia” (Barrios, 2005).

La propia consciencia y la responsabilidad personal se desarrollan gradualmente e implica todo un proceso; lo que desencadena en un papel difícil para los educadores y terapeutas sexuales en el acompañamiento de las personas

en este proceso, se dificulta el saber cómo y cuándo intervenir, cómo y cuándo soltar y poner límites. Para Barrios la mejor manera para que el acompañamiento ayude a la persona en su autodescubrimiento esta en las actitudes básicas formuladas por Carl Rogers para promover el desarrollo integral: basándose en el respeto, la empatía y la genuinidad del terapeuta o educador, para generar el ambiente idóneo que le facilite a la persona acceder al autoconocimiento y la autoaceptación de sí mismo.

Autorrealización. En la perspectiva del existencial-humanista es prioridad que el ser humano se convierta en “el mismo” (ser quien realmente es) y desarrolle sus potencialidades. Dentro de estas potencialidades se cuenta a la sexualidad que ha de actualizarse como todas las demás de acuerdo a su propia experiencia (Barrios, 2005).

De acuerdo al precepto de la gestatl que dice “el todo es más que la suma de sus partes”, y que es totalmente aplicable a todo lo humano. El individuo es por sí mismo una organización compleja y dinámica de partes que al interactuar tienden a integrarse de formas cada vez más diversas y enriquecidas, de maneras cuantitativas y cualitativas.

El freno del desarrollo o el deterioro del ser en el peor de los casos, puede deberse a si la persona se polariza ya sea que se situé del lado en que pone una exagerada atención o por el contrario un exagerado abandono. Barrios considera que cualquiera de los dos casos el resultado puede ser un tanto catastrófico pues trae consigo diversos problemas y disfunciones en la vida de la persona.

La sexualidad es una potencialidad que ha de desarrollarse y ser igual de importante, como la afectividad, el intelecto entre otras que poseemos los seres humanos. Solo que por error en diferentes culturas se pondera una sobre otra sin saber que el acierto para no padecer de patologías destructivas y de una pobre integración del ser radica justo en desarrollar de modo equilibrado entre

todas las dimensionalidades del ser humano sin favorecer una sobre la otra como la única.

Ética y Comportamiento Sexual. Los humanistas consideran que la persona es experta en sí misma, por lo tanto es quien debe evaluar la eticidad de su comportamiento.

Un aspecto importante de la autorrealización personal es la satisfacción sexual, según la situación actual y las propias necesidades de la persona. Las necesidades sexuales son una parte de los requerimientos que la persona debe satisfacer pero si no lo hace debe posponer su satisfacción asumiéndolo responsablemente para poder desarrollarse expone Barrios (2005).

Respecto al el saber científico, Barrios puntualiza que la postura existencial-humanista tiene como hipótesis que toda ciencia que se jacte de serlo, debe estar centrada en la experiencia del ser humano, estar abierta a nuevos descubrimientos. Las hipótesis y las conclusiones que se hagan tendrán que ser sometidas a la prueba de realidad, se valorara tanto lo subjetivo como lo objetivo, por que el compromiso fundamental de un humanista radica en la verdad, no en las ideas, no en el método y tampoco en las técnicas.

Por lo anterior para hablar de una ciencia humanista en la sexualidad, debe de aceptar sus hipótesis en constante construcción y mejora, nunca aceptando nada como definitivo.

En sexualidad y en general a todo lo humano la “normalidad”, no atañe o no necesariamente tiene que ver con la “salud”. Como lo menciona el biólogo Oscar Chávez Lanz, bajo el mismo concepto se asignan características que cuantifican y califican, es decir desde la terminología de la estadística, lo normal sería lo que la mayor parte de las veces sucede (probabilidad de ocurrencia de un evento), mientras que por el otro lado se califica desde las normas sociales, la esperanza

de ocurrencia de una conducta. La salud para Barrios consiste en que el ser humano viva sus procesos internos con fluidez y esto solo ocurre cuando actúa con libertad y de acuerdo con su propia sabiduría orgánica.

Las siguientes características están presentes al estar sano, tomando como sano cuando el organismo (mente-cuerpo) está en buen funcionamiento (Barrios, 2005):

- ❖ Conducta integral: funcionar holísticamente, todo nuestro ser se integra a la actividad y al movimiento.
- ❖ Adaptación creativa: poder adaptarnos creativamente al medio ambiente, necesita de que estemos lo más plenamente presentes en nuestra conciencia, haciendo frente y resolviendo las tareas que nos brinda la vida, con cada uno de los recursos desarrollados hasta el momento, aceptando la realidad en donde nos encontramos.
- ❖ Contacto con las necesidades auténticas: es mantenernos en contacto con lo que nos es importante a cada uno de nosotros. Sabemos lo que necesitamos. Nuestras necesidades están ancladas a nuestra existencias en el *aquí y el ahora*.
- ❖ Aceptación por lo que estamos siendo: sin autoexigencias, dejándonos fluir, libres de las demandas irracionales impuestas por nuestro ambiente o sociedad, con una sensación de valía personal, dignidad y autoestima.
- ❖ Entrega a lo que ocurre aquí y ahora: estar presentes a lo que realmente está ocurriendo a cada momento; dejando de vivir en el pasado o en las fantasías, sacándole el mejor provecho a lo que sí hay y a lo que sí puede hacerse o a lo que sí está presente.

- ❖ Buen nivel de autoapoyo: requerimos que el ambiente que nos rodea facilite la satisfacción de nuestras necesidades pero si por el contrario el ambiente es “tóxico”, sabemos mantenernos y salir airosos con nuestros propios recursos.

- ❖ Contacto con la realidad: al reconocernos en una relación interdependiente con el ambiente, nos adaptamos creativamente en el sin conformismos, en una relación respetuosa y constructiva. Vivimos en la realidad tal cual la percibimos, sin distorsionarla o negarla, por más doloroso que nos resulte.

- ❖ Adquisición de conciencia: consiste en darnos cuenta, integrando ese percatarse. Estando pendiente de todo lo que pasa en nuestros sentidos, dentro y fuera de nuestro ser. Tenemos la capacidad para percibir con claridad y precisión lo que pasa en el ambiente y lo que nos ocurre a nosotros mismos, sin defensas psicológicas ni distorsiones.

- ❖ Centro de valoración personal: supone enfrentarnos a la vida tal y como se nos presenta; implica no sentirnos menos ni más, tener la convicción de que somos aquello que somos capaces de ser. Implica también estar en contacto con una parte propia, personal, que mira las cosas con serenidad, afecto, comprensión y cierta sabiduría.

- ❖ Responsabilización de la existencia: tiene que ver con que asumimos las consecuencias de nuestros actos, sentimientos, compromisos desde una postura realista, libres de autoexigencias, conscientes de nuestras capacidades y limitaciones.

Así es como desde la visión humanista, se integra y potencializa la sexualidad. Ahora en el siguiente capítulo entraremos a detalle, en la revisión de las Disfunciones Eróticas, abordando primero el tema de Respuesta Sexual Humana (RSH) lo que nos permitirá entender mejor cómo las disfunciones sexuales interfieren con su correcto funcionamiento.

CAPÍTULO 2 DISFUNCIONALIDAD ERÓTICA

2.1 Respuesta Sexual Humana

La Respuesta Sexual Humana (RSH) engloba el erotismo total, que implica respuestas completas del organismo y fenómenos mentales y emocionales que estas reacciones conllevan. Es decir supone la participación de los sistemas nerviosos central, periférico, y autónomo, así como los neurotransmisores y algunas hormonas.

El placer erótico puede ser individual (autoerotismo), en pareja e incluso en colectivo (dos o más personas). El erotismo como expresión humana también puede ser concebido como una manera especial de comunicación y trasciende al individuo y la pareja para manifestarse en la literatura, la plástica, la música, el cine, etc.

La RSH es ante todo, la integración de procesos fisiológicos que generan el placer sexual o erotismo: deseo, excitación y orgasmo/eyaculación y los fenómenos mentales y emocionales que estas reacciones conllevan.

Son cuatro los fenómenos esenciales en la RSH (Barrios, 2005):

1. Potenciales de membrana en las células neurales que origina actividad neurotransmisora y neurosecretora.
2. Reacción vasomotora: vasocongestión por incremento en el flujo sanguíneo.
3. Reacción miotónica: Contracciones en los músculos liso y estriado.
4. Sensación subjetiva (emocional) de placer.

Bien ahora ya definida la RSH debemos saber qué es lo que tiene que pasar para que esta respuesta se desencadene y para eso veremos cuáles son los estímulos que los estudiosos del tema han descubierto.

2.2 Estímulos Eróticos que desencadenan la Respuesta Sexual Humana

Según Masters y Johnson (1966), los estímulos desencadenantes de la RSH son dos diferentes: reflexogénicos y psicogénicos. Los reflexogénicos dan origen a una RSH de arco reflejo corto y son aquellos que estimulan directamente terminaciones nerviosas de órganos pélvicos, zonas periféricas a los mismos, rectas y vejiga. Por ejemplo: tocamientos y caricias en la vulva, el perineo, el pene, etc., y probablemente el llenado de la vejiga urinaria.

El reflejo de este tipo de estímulo se integra cuando el impulso va de los nervios locales (como los pudendos) a la región sacra de la médula espinal y regresa a los órganos sexuales pélvicos.

Otro reflejo más largo y quizá más común, también puede ser producido por el contacto táctil y en él participan diversas células nerviosas, condicionando que el estímulo que arriba a la médula sacra, sea retransmitido a la corteza cerebral; esto le da la dimensión placentera a esta experiencia, antes de regresar a los órganos de la pelvis.

Los estímulos psicogénicos son los que se perciben a través de los cinco sentidos y de las imágenes creadas mentalmente: estímulos táctiles extrapélvicos, gusto, olfato, oído y vista. Siempre son decodificados por la corteza del cerebro, lo que les da la connotación subjetiva de emoción gratificante. Ulteriormente, los estímulos tamizados en el cerebro producen otros que van de regreso a todo el cuerpo y a la región pélvica, a través de la médula.

Cualquier elemento sensorial, incluidas las fantasías, las evocaciones y la fabricación de sueños, es capaz de generar una respuesta sexual (Barrios, 2005)

Existen distintos modelos de RSH, entre los más conocidos los siguientes (Barrios Martínez D., 2005):

- ❖ Masters y Johnson (1966); modelo unidimensional consistente en cuatro fases, a saber: excitación, meseta, orgasmo y resolución.
- ❖ Helen Kaplan (1974); modelo bifásico: vasocongestión y mioclonia.
- ❖ Helen Kaplan (1977-79); modelo trifásico: deseo, vasocongestión (excitación) y mioclonia (orgasmo).
- ❖ John Bancroft (1983), modelo pentafásico: apetito, excitación central (subjetiva), respuesta en órganos sexuales (genital), excitación periférica y fenómenos en torno al orgasmo.

Para su estudio y mejor entendimiento la RSH se ha dividido en fases como lo hemos visto en el anterior párrafo con los diferentes modelos propuestos. Revisemos las características propias de cada fase.

2.3 Fases de la RSH.

Describiremos cada una de las fases utilizando el modelo unidimensional de Masters y Johnson pero agregando la aportación de Helen Kaplan sobre la fase de deseo y las últimas dos fases que describe Barrios la de resolución y periodo refractario.

Deseo: traducido como “tener ganas”. Se caracteriza por una grata tensión que engloba tanto disposición expresada como una “ansiedad placentera” por excitarse.

La dopamina y la testosterona en mujeres y hombres activan el impulso sexual. La prolactina -que compite centralmente con los andrógenos- inhibe el mencionado impulso. La serotonina, el GABA y los estrógenos inhiben el impulso sexual. Las hormonas liberadoras de gonadotropinas (GH-RH) son activadoras.

Barrios puntualiza que en esta fase la respuesta física no es observable, sino subjetiva. No hay una manifestación física observable, existen modificaciones neuroquímicas y sensaciones puramente subjetivas, descritas como una inquietud gratificante o una carga tensional eufórica y placentera.

Excitación (incluye la vasocongestión inicial y la meseta o vasocongestión continuada): Provoca diferentes cambios en la economía corporal, en las sensaciones, en las emociones y erección del pene en el hombre y lubricación vaginal en la mujer.

En la excitación tienen participación fundamental los sistemas autónomos simpático y parasimpático, cuyos mediadores químicos son la acetilcolina y la norepinefrina. Últimamente se ha descubierto la participación de sustancias no colinérgicas y no adrenérgicas, el trascendente papel del óxido nítrico y el GMP cíclico en la excitación masculina. Traish et al., (2002) sustenta que así como en el hombre el óxido nítrico es un neurotransmisor esencial, implicado en el proceso, el estrógeno auxilia en la vasocongestión en la mujer

DeLamater, (2006) asegura que en la mujer ocurren los mismos procesos fisiológicos que en el varón, es decir, se presenta una relajación del músculo liso que rodea a las arterias que abastecen al glande y pilares del clítoris y a los

bulbos vestibulares, lo que permite que una gran cantidad de sangre fluya hacia la región.

La vulva, que está en estado de reposo o de no excitación permanece con labios internos doblados hacia dentro, cubriendo la entrada a la vagina y los labios externos se encuentran cerrados.

Y durante la excitación, los labios internos se inflaman y se abren, esto se debe a la tumefacción de los cuerpos. Los pilares del clítoris que yacen en un sitio más profundo del cuerpo también se inflaman como resultado de la vasocongestión. Los bulbos vestibulares, que yacen a lo largo de la pared de la vagina, también son eréctiles y se hinchan durante la fase de excitación.

La vagina puede dividirse en dos partes, los dos tercios superiores o internos y un tercio inferior o externo (DeLamater, 2006). Masters (1987) y sus colaboradores, observaron que los dos tercios interiores de la vagina se expanden, el cérvix y el útero son empujados hacia arriba y los labios exteriores de la vagina se aplanan y se abren.

Según DeLamater, (2006) esto permite la entrada del pene, y con estas modificaciones, el cuello uterino y el útero se levantan, ensanchando la entrada del cuello uterino, lo cual permite que los espermatozoides entren al útero con mayor facilidad.

En cuanto a la lubricación vaginal las investigaciones señalan que se inicia de 10 a 30 segundos después del inicio de la estimulación sexual por la vasoconstricción de las paredes vaginales, que provoca la percolación de fluido a través del revestimiento de la vagina en un proceso llamado "transudación".

La secreción inicial se presenta en gotitas aisladas que fluyen en sucesión, terminando por humedecer toda la superficie interna de la vagina. Al inicio la

lubricación es escasa, casi inadvertible,y despúes aumenta pudiendo hasta salir del canal conducto vaginal hasta humedecer los labios y la abertura vaginal, pero esto depende la postura de la mujer y del tipo de juego sexual.

La densidad, el olor, y la cantidad de la lubricación vaginal varian mucho de una mujer a otra y en una misma mujer de un tiempo a otro.Masters, (1987) hacen incapie en que la cantidad de lubricación vaginal esindependiente del grado de excitación, la simple presencia de lubricación vagina no significa que la mujer este dispuesta para el coito, muy contrariamente a lo que se piensa. La lubricación facilita la inserción del pene con suavidad del movimiento de empuje, a la vez que impide que la mujer sienta molestias durante el coito

Masters, (1987) dice que normalmente los pezones de la mujer se tornan rígidos, a causa de las contracciones de las pequeñas fibras musculares (miotonia) que rodean al pezón.DeLamater, (2006) señala que las mamas mismas se hinchan y aumentan un poco el tamaño en la parte tardía de la fase de excitación (una respuesta de vasocongestión).

También es posible que aparezca un "rubor sexual" en la piel, un poco similar a la erupción del sarampión; con mayor frecuencia aparece en la parte superior del abdomen y hacia el pechodescribe DeLamater, (2006). Este rubor sexual bien puede estar presente al finalizar la fase de excitación o bien al inicio de la fase de meseta. Puede observarse en otras zonas del cuerpo, como cuello, brazos, nalgas, espalda, piernas y rostro. El rubor sexual es causado por alteraciones en el ritmo de flujo sanguíneo por debajo de la piel (William, 1987). Otro de los cambios es el aumento en el pulso y en la presión arterial.

Meseta: Es tiempo que dura en consolidarse la excitación, el organismo se prepara para la liberación de la tensión sexual.Según DeLamater, (2006) durante la meseta la vasocongestión alcanza la cima. Y se contempla un aumento adicional en las tasas de respiración, en el pulso y en la presión arterial.

La intensa vasocongestión en el tercio interior de la vagina origina una hinchazón de los tejidos, esta reacción se denomina “plataforma orgásmica”, que estrecha en un 30% o más la abertura de la vagina. Masters, (1987) explican que una de las razones por las que el tamaño de pene no es un factor tan importante como se cree en la estimulación física de la mujer durante el coito, estriba en que la plataforma orgásmica, “atenaza” el pene al alcanzar la excitación de la fase terminal de la meseta.

Masters también explica que durante la fase de meseta los dos tercios interiores de la vagina se expanden un poco más, al tiempo que el útero se eleva, en el marco de un proceso que se conoce como tenting (levantar la tienda). Con frecuencia, durante esta fase se disminuye la producción de lubricante vaginal en relación con el aporte que se da en la excitación, sobre todo si la fase de meseta se alarga.

En esta fase el clítoris se retrae contra el hueso púbico. Este cambio junto con la vasocongestión que sobreviene en los labios vaginales, oculta el clítoris y protege parcialmente su cabeza del contacto directo. Sin embargo no se pierde la sensación clitorídea y, así, la estimulación del monte de Venus o de los labios se traducirá en sensaciones clitorídeas.

Como resultado del aflujo de sangre, los labios internos se agrandan, triplicando su grosor. Masters y Johnson en 1966 documentaron que la hinchazón de los labios internos origina la separación de los labios mayores, lo que facilita más el acceso a la abertura de la vagina. Al producirse esta reacción, los labios internos experimentan cambios de color. En mujeres nunca embarazadas el color va de rosa a rojo encendido y en quienes tuvieron un hijo, la tonalidad va de un rojo intenso a un color vinoso oscuro que se explica por un mayor aporte vascular de sangre. Si se continua se puede llegar al orgasmo. Un orgasmo siempre precede a la coloración de los labios menores.

Para 1987 Masters agrego a sus estudios las observaciones sobre que en un estadio superior de la fase de excitación, la areola mamaria se agranda, y durante la fase de la meseta continúa la hinchazón, hasta el punto que la erección del pezón queda bastante disimulada, con mayor apreciación en quienes no han amamantado a un bebé y en quienes si lo han hecho el aumento es menos palpable o inexistente por mayor desarrollo venoso. Este fenómeno no reduce las sensaciones eróticas en los pechos.

En suma, los procesos de la fase de meseta de acuerdo con DeLamater, (2006) son una continuación de los procesos básicos de vasocongestión y miotonía de la fase de excitación. Ambos siguen intensificándose hasta que existe una tensión suficiente para el orgasmo.

Mioclonia u orgasmo: En esta fase se distinguen un componente físico donde tienen lugar las contracciones involuntarias del músculo esquelético y del músculo liso de las vísceras; y uno eminentemente emocional que se traduce como la sensación subjetiva del placer.

El componente físico se caracteriza por contracciones simultáneas y rítmicas del útero, el tercio exterior de la vagina (la plataforma orgásmica) y el esfínter anal. Las primeras contracciones son intensas y muy seguidas, según las observaciones de Masters (1987), estas contracciones son a intervalos de 0.8 segundos. Mientras el orgasmo continúa, las contracciones disminuyen en su intensidad y duración, y sobrevienen en lapsos menos regulares. Un orgasmo moderado puede traducirse en tres, cuatro o cinco contracciones, mientras que un orgasmo intenso puede tener de diez a quince.

El orgasmo no solo se limita a las sensaciones en la región de la pelvis, puesto que es una respuesta global de todo el organismo. Se contraen músculos de numerosas partes del cuerpo. Barrios en el 2005, explica que existe pérdida de control muscular, la cara puede contraerse en una mueca; también pueden

contraerse los músculos de los brazos, piernas, muslos, espalda, y nalgas. Además es posible que los músculos de pies y manos se contraigan en espasmos carpopedales como señala DeLamater, (2006). También pueden presentarse contracturas musculares y “calambres”.

Otras características propias del orgasmo son que se presenta una disminución de las agudezas visual y auditiva de acuerdo con Barrios, (2005). DeLamater, (2006) dice que existen aumentos marcados en el pulso, presión arterial y tasa de respiración durante el orgasmo como además, el rubor sexual alcanza su mayor intensidad y extensión superficial en el momento del orgasmo según las observaciones de Masters, (1987).

En la fase de orgasmo participan señaladamente endorfinas y antiendorfinas, otros péptidos opioides y receptores alfa- adrenérgicos; éstos últimos para la eyaculación. En el 2005 Barrios escribe sobre algunas mujeres, que refieren presentar durante el orgasmo la emisión de un líquido de características diferentes a la orina y con la “sensación de orinarse”. A esto se le nombra “eyaculación femenina”.

Años antes Masters, en 1982 documentó varios casos de mujeres, que emitían durante el orgasmo, a través de la uretra, un líquido que no era orina. La existencia o no de la eyaculación y del periodo refractario fisiológico en las mujeres, aun son temas bajo el lente de la investigación.

Cabello, para el año 2002 señala que se realizó un estudio derivado de la terapia sexual, sobre mujeres que referían la emisión de líquido vía genital durante el orgasmo. Ese fluido emitido podía ser orina (incontinencia urinaria) o un fluido diferente, que la mayoría de los autores denominan “eyaculación femenina”. En este estudio se pensó que independientemente de la existencia de incontinencia urinaria, en algunos casos, la mayoría de las mujeres “eyaculan”, existiendo variaciones en la cantidad del líquido emitido y/o posiblemente en la dirección de

la emisión. Con la implementación del radioinmunoanálisis, constataron su hipótesis, que era muy posible que quienes no perciben ningún tipo de eyección de líquido en el orgasmo, sea a causa de que el producto de la “próstata femenina” sea muy escaso o porque el líquido se dirija retrógradamente hacia vejiga, tal como ocurre en la eyaculación retrógrada de algunos varones.

Resolución: Se caracteriza por sensaciones subjetivas de bienestar físico, posterior a la vuelta del organismo al estado en que se encontraba antes de experimentar los cambios de la excitación.

La sangre regresa al sistema venoso general y por tal motivo desaparece la vasocongestión y sus efectos, es decir, disminuye la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, hasta llegar a sus estados basales, la reacción miotónica disminuye lentamente, quedando la sensación de relajación muscular. Las mamas, los pezones y las aureolas recobran su tamaño y forma. Se recupera la agudeza auditiva y la visual y desaparece el rubor sexual.

El útero regresa a su posición normal lentamente, la vagina inicia la detumescencia y desaparece la plataforma orgásmica; labios mayores, menores y clítoris regresan a su estado basal (Barrios, 2005).

Período refractario también conocido como refracción: es el tiempo que transcurre entre el fin de la resolución y el inicio de un nuevo ciclo de respuesta sexual humana. Además del reposo fisiológico que implica, incluye la imposibilidad orgánica (corporal) de responder a cualquier estimulación erótica.

En la mayoría de los varones durante este período de reposo fisiológico es imposible eyacular de nuevo. La duración de esta fase puede variar desde varios minutos hasta horas y días.

En las mujeres este período es de duración variable y aparentemente tiene una base más emocional y subjetiva que orgánica según escribe Barrios en el 2005. De hecho, hay mujeres que reportan que requieren de un tiempo de recuperación que oscila entre pocos minutos y algunas horas; en cambio, hay otras que refieren no necesitar de momento alguno para responder a una nueva estimulación erótica.

Si bien es cierto que la mayoría de las mujeres no requieren por necesidad de esta fase de descanso funcional, también lo es que muchas, sí lo necesitan en la esfera emocional.

Existen discusiones científicas en torno a la existencia o no de la eyaculación y del periodo refractario en las mujeres.

Una vez ya explorado el tema de la Respuesta Sexual Humana, entraremos a detalle al tema de las disfunciones sexuales.

2.4 ¿Qué son las Disfunciones Eróticas?

Basson en el 2000 destaca la idea de que debido a que la gente no suele hablar entre sí sobre sus problemas sexuales, muchas personas creen que son “anormales” o que sus problemas sexuales son únicos o vergonzosos. Las imágenes de la sexualidad presentadas por la sociedad y los medios de comunicación suelen presentar a la gente ideales de conducta sexual poco realistas, ya sea los de castidad y fidelidad sexual presentados por la religión o de inagotabilidad sexual, presentados por la pornografía. Ninguna de estas imágenes parece ser representativas del comportamiento humano en la vida real. Todo lo anterior se ha resumido con la frase: “Todo el mundo miente sobre sexo”.

Los bloqueadores e interferencias del erotismo que frecuentemente son causa de las disfunciones sexuales, para Barrios (2005), tienen uno o varios de los siguientes elementos: programación rígida de las relaciones eróticas, ausencia de intimidad y privacidad, fatiga física y emocional, auto-observación con sobre-responsabilización, excesiva solemnidad en los encuentros, ideas equivocadas en torno a que el placer erótico es privativo de los hombres y está vedado a las mujeres “decentes”, falta de consideración al bienestar de la otra persona, concepciones erróneas que restringen el placer solo para quienes reúnen ciertos estereotipos de belleza física, preocupaciones distractoras antes o durante las sesiones eróticas y resentimientos no expresados oportunamente.

A veces estos bloqueos e interferencias son solucionados por las personas o las parejas, al darse cuenta de cómo se originaron.

Y en otras ocasiones agrega Barrios que pueden evolucionar a situaciones de mayor severidad, instalándose entonces las disfunciones eróticas. Clínicamente, éstas son síndromes persistentes que alteran negativamente, el deseo, la excitación o el orgasmo/eyaculación.

La connotación de síndrome, cuya aplicación en sexología se debe a Eusebio Rubio (1986), alude a las manifestaciones o síntomas que se presentan conjuntamente, con independencia de su causa. Tomándola fiebre como ejemplo general: consta o puede constar de aumento de temperatura, dolores musculares, escalofrío etc., y su origen puede deberse a miles de causas. Usando como ejemplo sexológico a la disfunción eréctil (incapacidad persistente para tener o mantener una erección de pene): puede deberse a una gran cantidad de causas, desde las psicológicas como miedo al desempeño, pasando por cansancio físico, hasta razones orgánicas, tales como complicaciones de diabetes mellitus, retiro quirúrgico de la próstata, hipertensión arterial, aterosclerosis, afecciones vasculares y neurológicas, entre muchas otras.

Para Braun & Aldana, (2009), la disfunción erótica o también nombrada disfunción sexual, no es una enfermedad, por lo que, no se “cura”, sino que se corrige. La enfermedad es un proceso anormal que interfiere con el adecuado funcionamiento del organismo, la calidad y expectativa de vida. En cambio una disfunción sexual, aunque puede ser molesta, no afecta la significativamente la calidad de vida, ni acorta, ni impide el funcionamiento normal.

Las disfunciones eróticas o sexuales se definen como aquellos problemas que interfieren con la respuesta sexual, son persistentes y causan angustia a la persona que la padece y molestias a su pareja. La palabra persistente es clave para considerar una disfunción, no alcanzar el orgasmo una que otra vez no constituye una disfunción. En otro caso que el varon eyacule a los dos minutos de haber penetrado, si no le causa ninguna angustia no hay disfunción y si para su pareja le basta y no tiene problema tampoco existe disfunción.

En resumen las disfunciones de la vida erótica son síndromes persistentes, que angustian a la personay que alteran negativamente la respuesta sexual humana, es decir el deseo, la excitación, meseta y/o el orgasmo/eyaculación.

Bien ya que sabemos que son las disfunciones sexuales, conozcamos como se han clasificado para su estudio y tratamiento.

2.5 Clasificación de las Disfunciones Eróticas

Demos un breve recorrido sobre el estudio de las disfunciones eróticas antes de ir a las clasificaciones.

El comienzo de los estudios clínicos genuinos de las disfunciones eróticas suele fecharse no más allá de 1970 cuando Masters & Johnson publicarán Insuficiencia sexual humana (Human Sexual Inadequacy), como resultado de cerca de una década de trabajo en la Fundación para Investigación de la Biología

Reproductiva de San Luis, incluyendo 790 casos. El trabajo ampliaba el anterior Respuesta sexual humana (Human Sexual Response), publicado en 1966 también por Masters & Johnson.

Antes de este trabajo la aproximación clínica a los problemas sexuales derivaba en gran medida de la doctrina de Freud. Basson en el 2000 rescata las visiones que se tenían sobre las disfunciones eróticas, dice que se basaba en la psicopatología e incluía un cierto pesimismo sobre la posibilidad de ayuda o mejora, ya que los problemas en el funcionamiento erótico eran meros síntomas de un malestar psicopatológico más profundo. Había poca distinción entre las dificultades en función y variaciones y entre las perversiones y problemas. A pesar del trabajo de psicoterapeutas como Balint, los problemas sexuales se dividían crudamente en frigidez e impotencia, términos que prontamente fueron adquiriendo connotaciones negativas en la cultura popular (Basson, 2000).

El logro en las disfunciones sexuales fue trasladar el tratamiento desde la psicopatología al aprendizaje: sólo si un no respondía al tratamiendo educativo se consideraban los problemas psicopatológicos. Además el tratamiendo se destinaba a parejas, mientras antes se trataba a las personas individualmente, pues Masters & Johnson vieron que el sexo era un acto conjunto. Creían que la comunicación sexual era la clave de los problemas sexuales más que las dificultades específicas del individuo. También propusieron la co-terapia, asignando una pareja de terapeutas a la pareja de clientes, argumentando que un único terapeuta masculino no podría comprender totalmente las dificultades femeninas y viceversa.

Para definir el abanico de disfunciones sexuales, Masters & Johnson definieron una frontera entre disfunción y desviación. Las disfunciones eran transitorias y las experimentaban la mayoría de la gente: en el caso de los hombres eran la disfunción eréctil, la eyaculación precoz, la eyaculación retrasada, y en el de las mujeres la disfunción orgásmica, la dispareunia y el vaginismo.

Según Masters & Johnson, la excitación sexual y el clímax son procesos fisiológicos normales de cualquier adulto funcionalmente intacto, pero a pesar de ser autónomos pueden ser inhibidos. El programa de tratamiento de Masters & Johnson para las disfunciones tenía una tasa de eficacia del 81,1% (Basson, 2000).

Los terapeutas sexuales Masters & Johnson (1970) y Helen Kaplan (1974,1975), solían emplear clasificaciones algo diferentes, entre sí para describir las disfunciones sexuales en las mujeres. Por ejemplo, los primeros han sustituido el término frigidez por el de disfunción orgásmica femenina. El argumento para ello es que la frigidez tiene diferentes significados para distintas personas, y que entonces se requiere de una terminología más precisa. McCary (2000) lo ejemplifica así: un hombre puede que desee realizar el coito siete veces a la semana puede considerar a su pareja como frígida, debido a que la mujer sólo desea el coito tres veces a la semana; mientras que el hombre que desea el coito tres veces a la semana considera el apetito de esa misma mujer como algo perfectamente normal, en otro caso el hombre que desee el sexo sólo una vez a la semana, podría considerar a esta mujer como ninfómana.

Kaplan en 1975 tiende a emplear el término frigidez, disfunción sexual general y estado refractario sexual femenino de manera indistinta, e incluye la disfunción general como una de sus cuatro clasificaciones de las disfunciones sexuales de la mujer.

A pesar de la diferencias en la clasificación de las disfunciones eróticas, existe un acuerdo general entre los terapeutas sexuales, en relación con la naturaleza, causa y tratamiento de las diversas clases de disfunción femenina.

En general las disfunciones de la vida erótica pueden clasificarse en cuatro grandes grupos:

1. Por su presentación, en *primarias y secundarias*. Las primeras son las que están presentes desde el inicio de la vida erótica; las segundas aquellas, después de un periodo de adecuado funcionamiento adecuado.
2. Por su *etiología* (causa fundamental), las disfunciones eróticas pueden ser: orgánicas, psicológicas, socioculturales y mixtas, según tengan, respectivamente, un origen físico, emocional, por influencia del aprendizaje y el entorno social o bien, cuando son el resultado de una combinación de etiologías.

Otros autores como el Dr. Andrés Castuera, consideran una quinta etiología: problemas en la dinámica de la relación de pareja; sin embargo, desde la experiencia del Dr. David Barrios (2003) los conflictos de pareja constituyen una combinación de factores socioculturales, psicológicos y orgánicos.

Barrios añade que el hecho de que en realidad es excepcional encontrar alguna disfunción erótica cuya causa sea “pura”. Lo más frecuente es que en cada disfunción haya una conjunción de factores, en el que participan aspectos socioculturales, psicológicos y orgánicos, así como el desequilibrio de uno o más de los vértices del triángulo del amor.

3. Las disfunciones pueden ser *selectivas*, cuando se presentan con alguna(s) persona(s) y con otra(s) no, y *situacionales*, cuando su aparición depende de factores circunstanciales, como lugar y tiempo. Ejemplo de disfunción selectiva: una mujer que no tiene orgasmo con su marido, pero disfruta ampliamente de sus relaciones con su relación extra pareja (“amante”). O no tiene orgasmos en la habitación de un hotel pero si en su casa.

4. Según en la *fase de la curva de la respuesta sexual* en la que surjan, como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 1. Clasificación de las disfunciones sexuales de acuerdo en la fase de la RSH en que se presenta.

Deseo	}	Deseo hipoactivo/inhibido Aversión /fobia sexual Disritmia Síndrome de deseo sexual persistente (Barrios síndrome de excitación periférica persistente).
Excitación	}	Hipolubricación vaginal Disfunción eréctil
Excitación consolidada (meseta)	}	Excitación central Inhibida Preorgasmia Eyaculación precoz Eyaculación retardada Inhibición eyaculatoria
Orgasmo	}	Anorgasmia Orgasmo rápido
Universales*	}	Dispareunia Vaginismo
*pueden presentarse en cualquier fase de la RSH. (Barrios, 2006).		

Como se observa en el cuadro1, esta clasificación señala que disfunciones de la vida erótica corresponden a cada fase de la RSH. Y en los siguientes renglones se describe a cada una de las difunciones de este cuadro.

- ❖ En el deseo las alteraciones pueden ser:

Deseo *hipoactivo*: disminución de su intensidad

Deseo *Inhibido*: ausencia total del deseo

Algunos autores manejan estas dos bajo un solo nombre “apatía sexual”, describiéndolo como una atenuación de las ganas eróticas que se traduce como la disminución en la disposición para iniciar encuentros sexuales; es decir, que la idea de tener sexo a la persona no le atrae, evita las relaciones sexuales, no suele tener pensamientos o fantasías eróticas, ni deseos de masturbarse y no desea tener relaciones sexuales con nadie.

Braun & Aldana, (2009) creen que aunque no haya una frecuencia de lo que es “normal” de las relaciones sexuales, se considera con apatía sexual a las personas menores a los 55 años de edad que tienen menos de una relación sexual cada 15 días, esto también dependiendo de las actividades y la situación de la persona.

Como en todas las disfunciones tiene la probabilidad de ser una alteración primaria es decir que siempre ha estado presente desde su inicio de la vida sexual activa, o secundaria por que aparece después de un funcionamiento adecuado.

No existen estudios suficientes, pero la experiencia clínica muestra datos importantes: LoPiccolo y Friedman (1988), señalan cifras que están alrededor del 36% y 55%. Rosen y Lieblum (1988) reportaron 40%. Nathan, en 1986, estimó que la prevalencia en Estados Unidos es de 1 a 35% en mujeres. En México, González (1993) en 195 pacientes encontró que 29% de las mujeres presentaba deseo sexual inhibido. Factiblemente, hay muchas mujeres mexicanas con ambos síndromes, deseo hipoactivo e inhibido, que no acuden a consulta.

Aversión sexual: es sentir una verdadera repulsión a las relaciones eróticas, que puede llegar hasta la fobia; incluyendo el miedo y pánico irracional al contacto sexual y en ocasiones, reacciones psicósomáticas de acuerdo con Barrios,

(2005). Se trata de evitar al máximo cualquier tipo de contacto físico con la pareja o con algunos elementos de la actividad sexual como el contacto con los fluidos corporales, el sexo oral, etcétera. Es mucho más frecuente en mujeres que en hombres según Braun & Alma, (2009).

Disritmia sexual: la cual estriba en la disparidad en la intensidad o en la frecuencia del surgimiento del deseo, en cada miembro de la pareja. (Álvarez, Sánchez, & Delfín, 1986). Barrios (2005) explica que no necesariamente significa que un miembro de la pareja tenga “mucho” deseo y el otro “poco” deseo, sino que existe un desbalance notable, por ejemplo ella desea tres encuentros a la semana y él sólo uno al mes.

Síndrome de deseo sexual persistente: El Dr. David Barrios (2008) lo ubica dentro de las alteraciones de la fase de excitación y le nombra “Síndrome de excitación periférica persistente” Se percibe como desagradable, pues conlleva un dolor abdominal y el deseo de terminar con él, mediante el orgasmo. Sucede que sobreviene una hiper-excitación periférica (es decir en los órganos sexuales pélvicos), sobre la excitación central (deseo desde el pensamiento y lo subjetivo), que provoca una congestión en la región de la pelvis, que se convierte en una sobrecongestión molesta. En otras palabras Barrios, (2010) explica que ocurre una susceptión, es decir sé que se registran cosas que se perciben en el cuerpo pero no se integran en el pensamiento.

❖ Las alteraciones de la excitación son:

Generalmente los autores mencionan dos una de mujer y una en el varón.

Hipolubricación vaginal: Que consiste en la disminución o virtual ausencia de secreción lubricante en las paredes vaginales que da origen a un coito doloroso.

Disfunción eréctil: Disfunción propia del varón que se presenta como la incapacidad persistente de tener o sostener una erección suficiente para iniciar la penetración o para proseguir ésta

❖ Las alteraciones de la excitación consolidada(meseta) son:

Excitación central Inhibida: en la mujer se siente lubricación y en el varón hay erección pero no las energías para tener un encuentro sexual según describe Barrios, (2008). Hay una ausencia en la respuesta del organismo ante la estimulación sexual.La falta de excitación puede ser a nivel subjetivo (ella no se siente excitada, aunque lubrique), tener una manifestación objetiva en la falta de lubricación (hipolubricación) o combinar ambos factores (ni hay lubricación ni ella se siente excitada). Braun & Aldana, (2009) comentan que antes, a este como a otras disfunciones se la llamaba “frigidez”

Preorgasmia: Barrios (2005) la explica como una prolongación sostenida de la meseta que conlleva la desagradable sensación de “un orgasmo que se espera y no llega”, es decir, la inminencia de placer que se transforma en cansancio por prolongación de la meseta, del que finalmente resulta un orgasmo de escasa intensidad, predominando la reacción miotónica sobre la sensación subjetiva de placer.

Un fenómeno análogo al anterior dice Barrios es la *eyaculación retardada* del varón, en el sentido de que se presenta luego de una meseta muy prolongada que suscita cansancio y malestar, pudiendo sobrevenir después de un orgasmo pobre o en ausencia de éste.

La *inhibición eyaculatoria o anaeyaculación* es privativa de los hombres y consiste en un grado extremo de la eyaculación retardada, pues la expulsión de líquido seminal por la uretra, no se produce (Barrios Martinez D., 2005).

Eyacuación precoz, (o descontrol eyaculatorio, eyacuación temprana, eyacuación rápida, eyacuación inoportuna): es la disfunción de la vida erótica más frecuente en los varones. Estriba en la ausencia de control voluntario sobre la eyacuación, la cual sobreviene en forma inoportuna y rápida, por ejemplo, antes, durante o poco después de la penetración (Barrios, 2005).

¿Qué significa “rápido”?, para algunos expertos, no durar 30 segundos a partir del momento de la penetración. Para otros no aguantar más de un minuto y medio. Hay quien considera, que ser capaz de efectuar más de 10 movimientos pélvicos es suficiente. Para los famosos sexólogos Masters y Johnson, esto ocurre cuando el coito dura menos que lo necesario para que una mujer llegue al orgasmo el 50% de las veces. Para Braun & Aldana, (2009) definición más acertada es la que propuso Helen Kaplan, para quien un hombre con eyacuación precoz es aquel que no tiene control voluntario sobre su orgasmo/eyacuación y éste ocurre antes de lo que quisiera o es necesario para satisfacer a su pareja.

❖ Las alteraciones del orgasmo son:

Anorgasmia es como su nombre lo dice la ausencia de orgasmo. Puede presentarse en mujeres y en hombres comenta Barrios, (2005).

La mujer no experimenta la sensación subjetiva de placer y no presenta las contracciones mioclónicas que caracterizan esa fase de la respuesta sexual y que resuelven la tensión sexual propia del deseo, la excitación y la meseta.

Braun & Aldana, señalan que a esta disfunción también se le nombraba “frigidez” y como esa palabra puede referirse tanto a la falta total de excitación sexual como a la anorgasmia y otras más, resulta no solo peyorativa, sino también poco precisa y por lo tanto inútil.

Orgasmo rápido: que también es posible en varones y mujeres; consiste en que las contracciones mioclónicas y la sensación subjetiva de placer se suceden prontamente, por lo que algunos autores consideran que su sustrato fisiológico es un acortamiento o anulación de la meseta en la que el orgasmo se presenta inmediatamente después de una incipiente excitación. Paradójicamente, el resultado final de que el placer intenso sobrevenga pronto, es una sensación desagradable.

Existen pocos estudios sistematizados que nos den una dimensión aproximada en México de este grave problema de salud sexual, los terapeutas sexuales de la Sociedad Mexicana de Sexología Humanista Integral en el año 2001, calcularon entre 40 y 70% la incidencia de la anorgasmia primaria en México y calcularon en un 30% la prevalencia de anorgasmia en mujeres que acuden a terapia en esa institución. En el ya citado estudio de González (1993), se encontró el 29.9% de este síndrome en mujeres.

❖ Hay dos disfunciones eróticas llamadas universales:

Se llaman así porque se presentan independientemente de la fase de la curva de la respuesta sexual en la que la persona se encuentre (Barrios, 2006 y 2008):

Dispareunía o dolor pericoital, que puede ser antes, durante o después de la penetración y que no es privativo de las mujeres, pues también los hombres son susceptibles de tenerlo.

Vaginismo, el cual consiste en la contracción involuntaria de los músculos del tercio externo de la vagina que dificulta e incluso puede impedir la penetración.

Existe una tercera es la llamada “*anismo*”. Generalmente no se le menciona como disfunción erótica. Es una contracción sostenida del esfínter anal (a veces de los dos el externo y el interno) e involuntaria que impide la penetración anal, no es privativo del homosexual varón. El anismo, también es identificado como disfunción rectoesfinteriana, una patología que supone la descoordinación entre el recto y el ano en el momento de defecar (estreñimiento) (Armengol García, 2005).

Sobre esta última clasificación de las disfunciones sexuales según en la fase de la respuesta sexual en que interfieren, revisaremos a continuación con detalle sus causas.

2.6 Etiologías de las Disfunciones Eróticas

Anteriormente ya se mencionó a la “etiología” como la causa fundamental de las disfunciones. De manera más amplia revisaremos las etiologías orgánicas, psicológicas, socioculturales y mixtas.

Etiologías orgánicas. Estas son cualquier modificación anatómica o fisiológica en el organismo que puede provocar situaciones de malestar o imposibilidad para la realización de una actividad sexual satisfactoria. Para Álvarez & Delfín (1986) es importante resaltar que cuando se producen directamente en los órganos genitales o en su fisiología, los efectos son claros; sin embargo, son de gran importancia los que no estando en relación directa con los órganos externos pelvicos (genitales), afectan tanto al desempeño sexual, como la respuesta sexual y los aspectos subjetivos de la misma.

En un listado corto encontramos la siguiente clasificación de etiologías orgánicas (Ramos, 2008):

- 1.-Enfermedades Crónicas: lesión del endotelio vascular, neuropatía diabética, trastornos nerviosos pélvicos (esclerosis múltiple, tumores, trauma de médula espinal), infecciones.
- 2.-Tráumatismos: pélvicos , obstétricos, columna vertebral.
- 3.-Uso de psicofarmacos: tranquilizantes, antipsicóticos, tratamiento con antidepresivos, narcóticos, barbituricos.
- 4.-Endocrinos: Insuficiencia tiroidea, insuficiencia suprarrenal, hipoestrogenismo.
- 5.-Desconocimiento de la morfofisiología.
- 6.-Malformaciones congénitas.
- 7.-Alergias a espermicidas, latex o diafragmas.
- 8.-Cicatrices dolorosas.
- 9.-Tumores.

Cuadro 2. Enfermedades y padecimientos que alteran la RSH.

Enfermedades que disminuyen el deseo Sexual	I. Alteraciones hipotalamo-hipofisarias.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tumores paraselares o craneofaringeoma: meningioma o gliomas. 2. Anomalías congénitas: hipogonadismo.
	II. Enfermedades testiculares que producen elevación de gonadotropinas y reducción de testosterona.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anomalías cromosómicas: síndrome de Klinefelter. 2. Procesos infecciosos testiculares: parotiditis (en el adulto) 3. Atrofia secundaria testicular derivada de una enfermedad auto inmune o una insuficiencia vascular. 4. Traumatismo testicular. 5. Atrofia testicular.
	III. Trastornos endocrinos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipotiroidismo: alteraciones de la función testicular, niveles elevados de estrógenos y prolactina. 2. Hipertiroidismo: niveles elevados de testosterona, HFE y HL. 3. Insuficiencia suprarrenal 4. Síndrome de Cushing 5. Tumores hipofisarios o gonádicos productores de estrógenos 6. Diabetes mellitus
	IV. Enfermedades sistémicas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insuficiencia renal crónica 2. Cirrosis hepática por alcoholismo 3. Enfermedad de Parkinson 4. Dolor crónico y estados de debilidad.

Cuadro 2 (Cont.) Enfermedades y padecimientos que alteran la RSH.

Padecimientos que afectan la excitación femenina.	I. Estados de deficiencia estrogénica.	{ <ol style="list-style-type: none"> 1. Tumores paraselares o craneofaringeoma: meningioma o gliomas. 2. Anomalías congénitas: hipogonadismo. 	
	II. Padecimientos neurológicos.	{ <ol style="list-style-type: none"> 1. Traumatismo cerebro vascular 2.- Lesiones hipotalámicas y el craneofaringeoma 3. Adenoma cromóforo de la hipófisis 4.-Epilepsia psicomotora 	
	III. Trastornos que afectan neuronas inferiores y reflejos genitales.	{ <ol style="list-style-type: none"> 1.-Esclerosis múltiple. 2.-Mielitis. 3.-Neuropatía alcohólica. 	
	IV. Trastornos vasculares.		
	V. Trastornos sistémicos.	{ <ol style="list-style-type: none"> 1. Hepatitis 2. Cirrosis alcohólica 3. Hepatitis mononucleósica 4. Insuficiencia renal crónica y nefritis 	} Hipolubricación vaginal y dispareunia.
	VI. Trastornos endócrinos.	{ <ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes Mellitus. 2. Enfermedad de Addison. 3.- Síndrome de Cushing. 	
	VII. Alteraciones que producen dolor al momento de la penetración (Dispareunia).	{ <ol style="list-style-type: none"> 1. Vaginismo y anismo. 2. Himen inperforado o rígido. 3. Irritaciones clitorídeas. 4. Adherencias clitorídeas postquirúrgicas. 5. Vulvitis y vulvovaginitis. 6. Afecciones dermatológicas que pueden afectar la vulva. 7. Traumas quirúrgicos. 	{ <ol style="list-style-type: none"> a) Foliculitis. b) Intertrigo. c) Tiña crural. d) Soriasis. e) Pediculosis púbica. { <ol style="list-style-type: none"> a) Episiotomías mal cicatrizadas. b) Perineorrafias con excesiva tensión en las suturas

Cuadro 2 (Cont.). Enfermedades y padecimientos que alteran la RSH.

Enfermedades que afectan el orgasmo femenino.	I. Trastornos neurológicos.	1. Con afección en la Medula Espinal	{ a) Esclerosis múltiple. b) Atrofia locomotora progresiva. c) Las mielitis. d) Paraplejia.- Lesiones de vías sensitivas y simpáticas.
		2. Daño a los Nervios Periféricos y Centros Medulares Lumbares.	{ a) Neuropatía alcohólica. b) Hernia discal lumbar.
	II. Padecimientos Sistémicos	1. Diabetes mellitus. 2. Enfermedad de Addison. 3. Síndrome de Cushing. 4. Acromegalia. 5. Hipopituitarismo. 6. Insuficiencia renal y nefritis.	
III. Lesiones Quirúrgicas que Afectan Vías Nerviosas que Intervienen en el Orgasmo.	1.- Simpatectomía toracolumbar o lumbar. 2.- Linfadenectomía retroperitoneal. 3.- Ablación aortoiliaca y cirugía pélvica radical		

En el cuadro 2 se muestran las etiologías orgánicas, en relación a la fase de la respuesta sexual que afectan de manera directa. Como se observa en el cuadro es importante investigar desde el inicio de la entrevista clínica, la existencia de algún padecimiento o enfermedad que este dificultando la calidad de la experiencia sexual.

Cuadro 3. Fármacos y sustancias que alteran la RSH.

Fármacos y sustancias que afectan la Respuesta Sexual Humana	I. Fármacos que afectan el deseo sexual, produciendo disminución del deseo, apatía o disrritmia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tranquilizantes mayores 2. Tranquilizantes menores 3. Barbitúricos (uso prolongado) 4. Espironolactona 5. Antihipertensivos no diuréticos 6. Hidralacina. 7. Estrógenos utilizados en varones con Ca. Prostático. 8. Antiandrógenos
	II. Fármacos que producen disfunción eréctil.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La furosemida. 2. Diuréticos del grupo de las tiacidas. 3. Antihipertensivos, los bloqueadores beta-adrenérgicos 4. Metaprolol. 5. Los estrógenos administrados al hombre (Ca. Prostático) 6. Tranquilizantes mayores 7. Las fenotiacinas 8. Butirofenonas 9. Tioxanteno 10. El haloperidol 11. Los anticolinérgicos 12. Los digitálicos 13. La cimetidina
	III. Fármacos que producen alteraciones en la eyaculación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tioridacina (tranquilizante mayor) 2. Antidepresivos 3. En hombres la administración de sulfato de guanitidina y 4. Los estrógenos.

Como se observa en el cuadro 3 los fármacos favorecen en gran medida la aparición de las disfunciones de la vida erótica y también es importante se investiguen en la entrevista clínica.

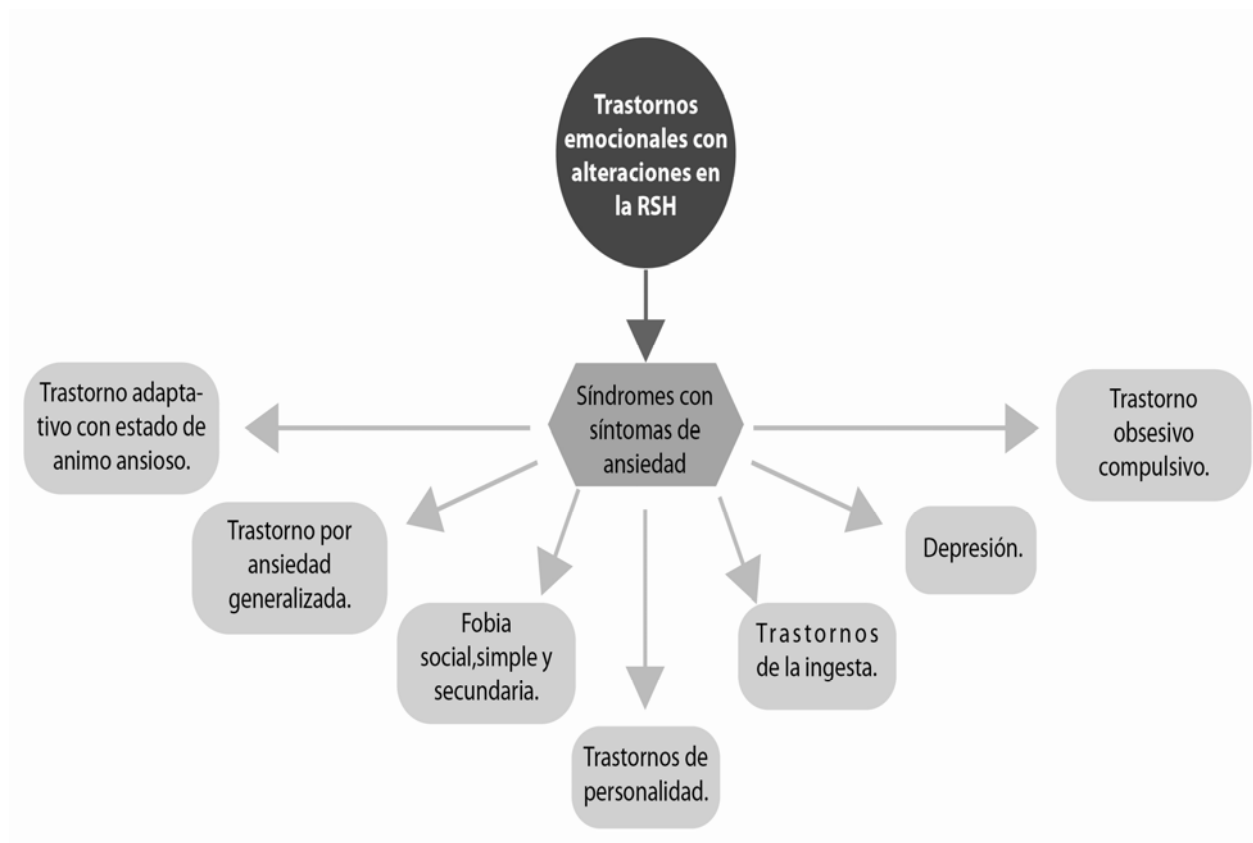
Ya que hemos revisado a algunas de las etiologías orgánicas, veamos las etiologías Psicológicas.

Etiologías Psicológicas: Al descartar la etiología orgánica o biológica de una disfunción sexual, se analiza si su origen es psicológico. También es importante tomar en cuenta que los sentimientos como el enojo o la tristeza, pueden interferir con la respuesta sexual como lo sugieren las sexólogas Braun & Aldana, (2009); lo mismo que estar en una situación de estrés o aspectos situacionales como problemas en la relación de pareja o sentir deseo hacia un hombre determinado.

Es un tanto complicado a veces separar las causas psicológicas de las sociales, pues estas últimas inciden sobre las primeras. La diferencia es que las psicológicas tienen que ver con la historia personal única de cada mujer, mientras que las sociales están presentes en la vida de todas las mujeres en general y comparten un mismo entorno, aunque no ha todas les afecta de la misma manera.

Trastornos emocionales y disfunciones sexuales: Las disfunciones sexuales suelen acompañarse de síntomas de ansiedad y/o depresión. De acuerdo con Castuera(2009), los trastornos emocionales por ansiedad o depresión pueden ser la causa directa de la disfunción sexual. Aun cuando el origen de la disfunción sexual no esté instalada en la ansiedad o en la depresión, estos estados interfieren de manera importante para la aplicación de métodos terapéuticos eficaces.

Figura 1. Trastornos emocionales con alteraciones en la RSH.



Como se muestra en la figura 1, los trastornos emocionales con síntomas de ansiedad, son también etiología de las disfunciones sexuales. De acuerdo con Castuera (2009), comenta que cuando la persona reacciona con ansiedad y preocupación referida a la posibilidad de un fracaso, evidentemente disminuye en su desempeño sexual, debido a que la ansiedad obstaculiza la focalización sensorial por la intervención de un temor.

Por ejemplo : Castuera, ha observado que en los casos de fobia social, los varones padecen un profundo malestar con erecciones parciales, insuficientes y eyaculación precoz, reacciones que llevan al sujeto a un círculo vicioso que se consolida en una sucesión de fracasos y evitaciones.

En el padecimiento obsesivo compulsivo generalmente intervienen temores obsesivos de contaminación física y la inquietud por la observancia de una rígida moralidad, con lo que la esfera sexual se sobrecarga de numerosos conflictos.

Mientras tanto en el padecimiento depresivo con cuadro de ansiedad casi siempre se presenta una gran incapacidad, para experimentar placer y nosuele mostrarse interés por aspectos que por lo común resultan gratificantes, este hecho puede darse sin necesidad de que ocurra melancolía o cambios del estado de animo. A menudo con este padecimiento se es capaz de responder positivamente a un contacto sexual directo, aunque no se busca este tipo de oportunidades. También se presenta mayor sensibilidad hacia el rechazo, lo que interfiere en las relaciones amorosas.

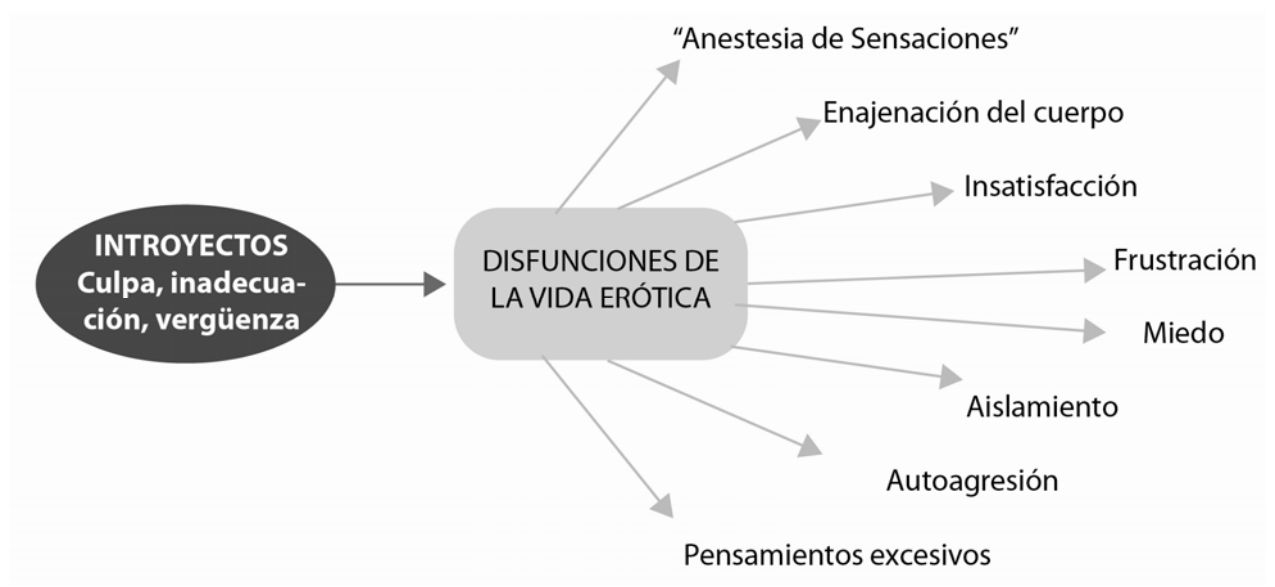
Haslam (1982) asocia a la depresión con la disminución de la actividad sexual, anorgasmia, dispareunía y vaginismo en la mujer, o la disfunción parcial de la erección en el hombre. En la esquizofrenia comenta que pueden presentarse las disfunciones eróticas, no sólo por la pérdida de la asociación debido al proceso de la misma enfermedad, sino por la medicación requerida, fundamentalmente con fenotiazinas.

En la Anorexia Nerviosa y la Bulimia, se reportan limitaciones de la actividad sexual mayor en los hombres que en las mujeres contemporáneas, incluidas en su investigación según describen Herzog et al. (1984). Entre las dificultades sexuales encontradas por estos autores, están el aislamiento y la inactividad sexual.

Etiologías Socioculturales: Son el resultado de la influencia del medio ambiente, de lo que nos enseñaron directa o indirectamente en casa y en la escuela, de lo que aprendimos a través de los mensajes que transmiten los medios de comunicación. Vienen de los mitos y tabúes presentes en el entorno,

seamos o no conscientes de ellos estos mensajes negativos sobre el cuerpo y placer se instalan en las personas como introyectos.

Figura 2. Introyectos como etiologías de Disfunciones de la Vida Erótica.

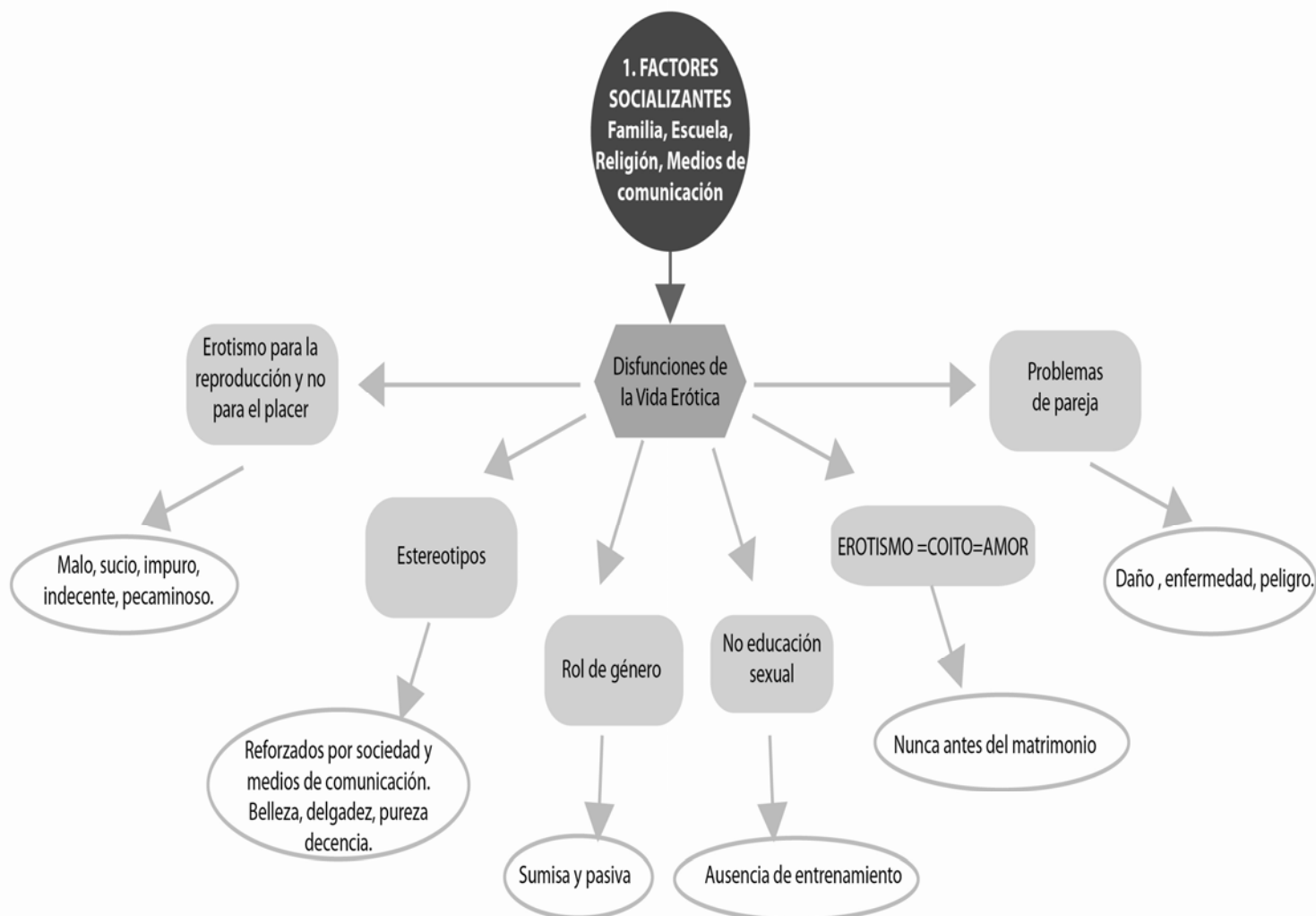


En la figura 2 se ilustra algunas de las tantas formas que toman los introyectos responsables de las disfunciones eróticas.

Los introyectos operan como mandatos de vida, la sexóloga mexicana Alma Aldana (2009), dice sobre ellos que “se graban profundamente en el -disco duro- de la vivencia individual, no en cualquier disquete... por ello el trabajo terapéutico para revertirlos es arduo”.

Como en el caso de las causas psicológicas, los desencadenantes sociales pueden ser más de uno, e incidir en aspectos psicológicos. Sobre este solo tema se pueden escribir tomos enteros, y aquí solo se mencionarán brevemente algunos.

Figura3. Factores Socializantes como complejo etiológico común de las disfunciones sexuales.



En la figura 3 se observa el esquema que la sexóloga mexicana Antonieta García Ramos (2002) ha propuesto para explicar de manera didáctica el complejo etiológico común a diversas disfunciones eróticas femeninas, particularmente la atenuación o supresión del deseo y la anorgasmia.

Los rasgos comunes del complejo etiológico en la mayor parte de las mujeres que adolecen de estas disfunciones son: autonegación del derecho al placer propiciada por una gran cantidad de prejuicios, falsos mitos, ignorancia y

roles de género estereotipados que asocian la posibilidad de goce erótico a lo malo, sucio, degradante o pecaminoso. En las disfunciones del deseo de tipo secundario, se observa con gran frecuencia una historia clínica sexual caracterizada por problemas en la relación de pareja, tales como violencia intrafamiliar, lucha de poder, escasa comunicación y posición subalterna de las mujeres con respecto de sus parejas.

Barrios, (2005) considera que los preceptos religiosos que consagran a las relaciones sexuales como un simple método de reproducción biológica y desconocen el vínculo placentero que implican, también juegan un papel importante en el deseo sexual hipoactivo/inhibido.

Para las sexólogas Braun & Aldana (2009), las ideas religiosas muy conservadoras son causa frecuentísima de disfunciones sexuales, lo mismo que una educación represiva para la que el cuerpo y el sexo se consideran sucios y pecaminosos, o una vida familiar en la que el sexo es un tema tabú. El sexólogo mexicano Juan Álvarez Gayou considera que al menos estos dos últimos aspectos se encuentran presentes en el 80 % de las personas con disfunciones sexuales).

En México la mayoría profesa la religión católica o alguna otra, que como dogma dictan y afirman que es pecado tener relaciones sexuales, si no es para fines reproductivos, esta información ha hecho un daño terrible en la salud sexual de las personas. Así muchas personas creen que autoerotizarse (masturbarse) es pecado, que el sexo es sucio, y que como el matrimonio es sagrado hay ciertas cosas que con el esposo no hacen o que una persona “decente” no debe permitir que le hagan. Braun & Aldana, (2009) han constatado que este tipo de creencias puritanas inhiben la respuesta sexual, y puede producir carencia de lubricación y por ende dispareunia, generar miedo que provoque vaginismo o bien dar lugar a un dolor que es como el castigo por haber transgredido las “sagradas normas”.

Con respecto al tema de la religión Liech-Mak (1981), escribe que los casos de hombres chinos con disfunción eyaculatoria se deben al necesario y obligante hábito de no realizar la eyaculación intravaginal, por una mala interpretación de la doctrina sexual Taoísta y la creencia de que la pérdida de semen puede alterar su salud posteriormente, por lo que consideran deseable conservarlo.

Una educación que reprime la sexualidad es una de las causas más comunes de las disfunciones en México. La sexualidad como un tema que no se habla en la familia, ni en la escuela. En el hogar, es común que, si se sorprende a un niño masturbándose, se le regañe y se le haga sentir vergüenza por lo hecho. Tampoco se menciona al cuerpo, y los genitales son tabú, por lo que se sustituyen sus nombres por el de “pajarito, cosita, etc.” en lugar de hablar de vulva y de pene. El mensaje es que el sexo es sucio, indebido y que está mal, puede persistir hasta en el matrimonio.

Braun & Aldanaseñalan que casualmente la falta de educación sexual incluye una absoluta carencia de información sobre el cuerpo y sus procesos. Y esto da oportunidad a la creación de mitos y a la preservación de los mismo como que el himen es una barrera tremenda y que la primera relación coital duele mucho, o no se sabe nada sobre métodos anticonceptivos y se tiene pavor de un embarazo, o no hay idea de dónde se encuentra el clítoris y hay falta de estimulación previa al coito pues se piensa que la mujer debe estar lista para recibir el pene, lo que deriva en que no hay lubricación y por lo tanto en una penetración dolorosa (dispareunía) o en el peor de los casos vaginismo.

La educación sexista es uno de los fenómenos más comunes en nuestra sociedad, educamos de manera distinta a los varones de las mujeres, sobre todo en la dinámica familiar. Braun & Aldana, (2009) comentan que así a las mujeres se les adiestra para ayudar en los labores del hogar, mientras que a ellos no se los pide lo mismo, y en cambio se les otorgan libertades para salir y divertirse. A ellos se les permite ensuciarse, estar en la calle, enojarse, explorar, focalizarse en sus

órganos externos pélvicos (genitales), “abrirse”, a ellas se les enseña a “guardarse” y a “contenerse”: Sentadita de piernas cerradas, guardar silencio, a no enojarse, las buenas costumbres, la discreción y, obviamente sobre su propio cuerpo se le indica que la “virginidad” debe conservarse y los órganos externos pélvicos (genitales) deben permanecer ocultos hasta de ellas mismas.

Las etiologías socioculturales dependen del contexto. La evolución de las costumbres sexuales no siempre es lineal; prueba de ello es la siguiente ejemplificación sobre el dilema de sangrar o no sangrar, que puede ser visto desde una, varias o todas las etiologías socioculturales; cultura represora, religión, educación represiva familiar, problemas de pareja etc.

En México, al igual que en otras sociedades, en ocasiones fueron más codiciadas las mujeres que ya habían tenido descendencia (señal inequívoca de fertilidad); pero el correr de los años y la interacción con otras culturas propició cambios incomprensibles, pues antes que la capacidad productiva se exigieron otras características, por ejemplo, “...en el siglo XIX, la virginidad femenina fue vista como la pureza inherente al sexo femenino”.

Y según relata Lara(2009), la virginidad femenina como valor de cambio está relacionado históricamente con la trata de “blancas” es decir en el comercio de esclavas, porque eran mujeres con las que los riesgos de enfermedad o contagios disminuían. Desde entonces el tema de la virginidad ha venido permeando en la sexualidad de las mujeres de hoy, con sus variantes en la historia, hasta instalarse como etiología de las disfunciones eróticas sexuales.

La aparente seguridad masculina es una máscara capaz de ocultar innumerables miedos, entre los cuales destacan los relacionados con el desempeño erótico sexual y, quizá por eso, en la antigüedad igual como hoy, “... el sangrado es la supuesta evidencia de que una mujer no ha estado con algún

varón previamente y, por tanto, el hombre no será comparado, por lo que su imagen masculina no correrá peligro”.

En el discurso actual los jóvenes señalan que no les importa ese detalle; sin embargo suelen preocuparse mucho por la experiencia sexual de su pareja, lo cual es evidentemente una contradicción. Que la futura esposa no hubiese tenido relaciones sexuales antes del matrimonio no era considerado como una virtud indispensable en toda mujer que se preciase de honorable, lo que no significaba que pasara inadvertida ni que le faltaran propuestas; lo verdaderamente importante estaba en que fuese capaz de rechazar todo tipo de insinuaciones.

El sangrado esperado y deseado en la primera relación sexual se une inequívocamente al tema de la virginidad. El sexólogo Óscar Chávez Lanz define la virginidad como: “Estado en el que se encuentra una persona que nunca ha decidido tener relaciones sexuales. No una condición anatómica identificable; que no puede afirmarse por examen médico que alguien “No” haya tenido relaciones sexuales”.

Esta propuesta para definir la “virginidad” propositivamente tiene una dimensión psicosexual que incluye en la categorización a las víctimas de violación que no hayan tenido después relaciones por su voluntad esta propuesta se fundamenta primero en la imposibilidad para establecer médicamente si una persona ha sido abstinentes y segundo por abrir paso a la reflexión sobre el absurdo mito de que las personas valen más mientras no han sido “usadas”.

Etiologías Mixtas: Braun & Aldana, (2009) piensan que en una cuestión tan compleja como la sexualidad humana, en la que influyen el estado del organismo, la personalidad de cada uno, lo que nos ha pasado y nuestras expectativas sobre el futuro, los sentimientos, la educación bajo la que nos hemos formado, etcétera, las posibles causas de una disfunción sexual pueden ser diversas y suelen influir varios factores.

Por ejemplo lo más común es que el deseo sexual hipoactivo/inhibido sea producto de la mezcla de factores socioculturales, psicológicos, de aprendizaje y de conflictos en la dinámica de relación de pareja.

Y con mayor frecuencia se encuentra que el déficit de excitación obedece a los introyectos y a la carencia de estimulación adecuada, aun en presencia de un deseo sexual activo.

Así mismo la disfunción anorgásmica se relaciona con mensajes negativos sobre el cuerpo y placer que se transforman en introyectos que nada favorecen al goce sexual.

Y para finalizar los ejemplos el vaginismo que dificulta o impide la penetración y es causa común del nombrado matrimonio no consumado, se asocia a una manifestación psicósomática de temores inconscientes y conscientes al acto sexual.

Además, cada persona es única y no le afectan igual las mismas cosas, de ahí la importancia que el diagnóstico sea realizado por un profesional de la terapia sexual, quien debe primero descartar la causa orgánica que son los casos menos frecuentes, antes de iniciar el tratamiento psicológico.

CAPÍTULO 3 MÉTODO

3.1 Justificación

Uno de los problemas de salud más frecuentes en los seres humanos, son las Disfunciones de la Vida Erótica(DVE),también nombradas disfunciones sexuales o trastornos sexuales, sin embargo, no se les ha dado la importancia que requieren, por desconocimiento de las implicaciones en la calidad de vida de las personas. Probablemente por la misma razón no existen estudios de disfunciones sexuales en grandes poblaciones, sino muestras representativas de algunos países, calificando la situación como un problema grave de la calidad de vida en las mujeres.

La disfunción sexual es un tema de gran interés en la actualidad, y es substancial revisarlo de manera integral. Este tema es trascendental puesto que las disfunciones de la vida erótica; son un eje amplio e importante para la sensación de plenitud en las personas y acceder al placer es un derecho humano.

Las disfunciones de la vida erótica no son enfermedades por lo tanto no se “curan”. Como su nombre lo dice, son problemas en el funcionamiento erótico de las personas que no solo quedan en el plano erótico si no que inevitablemente impactan en la relación de pareja y que también frecuentemente, deterioran la autoimagen y la autoestima de la persona que las vive.

En los medios masivos como son la televisión y la radio se habla; del orgasmo, del deseo, de lubricación, de que las relaciones coitales no tienen por qué doler etc. Las mujeres que ven o escuchan el programa, se dan cuenta o reconocen que no han tenido orgasmo alguno, que sufren las relaciones coitales en lugar de disfrutarlas, entonces le ponen nombre a lo que les sucede, el nombre es de una disfunción.

Las disfunciones de la vida erótica, son uno de los principales motivos de consulta psicológica. Y para su tratamiento se han utilizado estrategias terapéuticas con procedimientos de biofeedback, por ejemplo:

Para aumentar el nivel de excitación sexual y la correspondiente respuesta de vasocongestión en los órganos sexuales externos (Erección en el varón y tumefacción vaginal en la mujer) para el tratamiento de disfunción eréctil en el varón e hipolubricación en la mujer que casi siempre es acompañada de una falta de deseo sexual y a veces puede provocar que la mujer, al no verse excitada, sea incapaz de alcanzar un orgasmo. El procedimiento utilizado de biofeedback incluye generalmente la pletismografía (un método basado en la medición de cambios de presión y volumen) del pene o la vagina, con el fin de facilitar en la persona un feedback adecuado de su respuesta genital para el control o modificación de la misma.

Los trabajos existentes con tratamiento de feedback para las disfunciones sexuales indican que la persona adquiere fácilmente el control de las respuestas a modificar (en este caso la actividad vasomotora genital).

En disfunciones sexuales femeninas los trabajos existentes hasta ahora se han centrado en primer lugar en el desarrollo de un método de "arousal" sexual femenino por medio de la fotopleistomografía de vagina (volumen sanguíneo vaginal y amplitud del pulso sanguíneo) y, en segundo lugar en la aplicación de esta metodología en la medida de la respuesta genital femenina ante situaciones eróticas como películas o relatos eróticos o bien en la investigación de la posibilidad de control de la respuesta habiendo poco acuerdo sobre la utilidad del biofeedback para el control de la misma.

Además de la pletismografía de la vagina, una segunda técnica utilizada es la medición del tono del músculo pubococcígeo pues se ha comprobado que un

bajo tono muscular en este músculo está relacionado con problemas del orgasmo femenino.

Por último, una tercera técnica consiste en registrar la actividad electromiográfica de las paredes de la vaginales mediante la inserción de una sonda intravaginal que contiene electrodos bipolares, para proveer el control del tono muscular vaginal y del esfínter vaginal, técnica que ha funcionado especialmente para el tratamiento del vaginismo, en donde el problema radica en la falta de percepción de las mujeres en el tono muscular vaginal.

Sin embargo aunque el tratamiento con estrategias de feedback es prometedor, su éxito es negativo para el tratamiento de disfunciones de las fases de deseo y orgasmo y con un ligero éxito terapéutico en la problemática de vaginismo. Por lo que se puede concluir que no es superior a otras técnicas más simples y económicas (relajación, respiración p.e.).

Esta razón y otras como falta de recurso económico, tiempo para acudir a terapia o porque a la persona a quien consultan no tiene entrenamiento sexológico son los principales motivos para el presente estudio.

3.2 Procedimiento

La recolección de datos se realizó a partir de la revisión minuciosa de los procedimientos terapéuticos (técnicas/ejercicios) que han sido perfeccionados y probados exitosamente en el tratamiento de las disfunciones sexuales dentro del área sexológica y psicológica.

Una vez hecho esto se organizaron para crear un programa de intervención a modo de manual de autoayuda.

3.3 Resultados

Se elaboró un manual de autoayuda para la corrección y prevención de las disfuncionalidades eróticas femeninas, basado en las técnicas y ejercicios más eficaces en el tratamiento de la disfuncionalidad femenina.

El programa de este manual a diferencia de otros, educa e informa con un lenguaje claro no medicalizado, lo que permite que sean más personas las que tengan acceso a conocimientos científicos actualizados y libres de prejuicios y juicios de valor acerca de su propia sexualidad. Además, el estar hecho desde la perspectiva humanista, lo flexibiliza de tal manera que quien lo aplique pueda llevar su propio ritmo en el proceso y llevarlo como mejor le parezca.

En gran medida este manual también contribuye a eliminar el temor y el prejuicio que existe alrededor de la vivencia placentera de la sexualidad. Reivindicando así al “placer” como derecho humano y parte esencial de la salud sexual.

Al finalizar el manual se ofrece una clasificación de las técnicas de acuerdo a la disfunción en la que interviene favorablemente, cosa que en ninguno de los documentos revisados contuvo. El manual se encuentra en el Anexo 1 para su revisión.

3.4 Problematización

La presente investigación puede analizarse desde los siguientes enfoques:

- i. Psicológico: Con el objetivo de conocer cuáles son los impactos a nivel psicológico en la mujer que se vive con alguna o algunas disfunciones de la vida erótica (DVE).

- ii. Sociológico: Con el objetivo de conocer el impacto que tiene la influencia del estándar de género femenino de la sociedad mexicana en el desarrollo de DVE, en las mujeres.
- iii. Antropológico: Con el objetivo de conocer diversas concepciones según sean las premisas y criterios que se manejan sobre las DVE. Desde tradicionales orientaciones, alimentadas por ancestrales mitos y tabúes sexuales, hasta enfoques contemporáneos asociados al desarrollo de la sexología, como disciplina.
- iv. Científica: el fenómeno de las DVE, desde tiempos pasados y como es que han ido evolucionando, a lo largo de la historia.
- v. Familiar: Con el objetivo de conocer de qué manera influyen las DVE en las relaciones de pareja y en la familia como tal.
- vi. Mercadológico: Con el objetivo de conocer de qué manera influyen los estereotipos femeninos y masculinos marcados por los medios audiovisuales y tecnológicos, en el desarrollo de las DVE.

Sin embargo, la presente investigación será analizada principalmente desde el ámbito sexológico, el cual se describe a continuación:

Desde el ámbito sexológico: Identificar las diferentes técnicas de intervención sexoterapéuticas que se han creado o utilizado para la corrección de las Disfunciones de la Vida Erótica (DVE) en mujeres, y según los resultados de la investigación se pueda crear un manual de autoayuda, con enfoque existencial humanista.

Un manual en que psicólogos, psicólogas, terapeutas y principalmente mujeres que viven con la disfunción puedan documentarse, y/o utilizarla como autoayuda.

3.5 Objetivo general

Identificar y describir las técnicas de intervención psicoterapéutica desde el enfoque humanista para el tratamiento de las disfunciones eróticas de la mujer.

3.6 Objetivos específicos

1. Describir el enfoque psicoterapéutico existencial humanista
2. Identificar las diferentes técnicas de intervención psicoterapéuticas desde el enfoque existencial humanista.
3. Describir las disfunciones de la vida erótica de las mujeres.
4. Identificar las técnicas psicoterapéuticas con enfoque existencial humanista para cada una de las disfunciones de la vida erótica de las mujeres.
5. Clasificar las técnicas psicoterapéuticas del enfoque existencial humanista para cada una de las disfunciones de la vida erótica de las mujeres.

3.7 Metodología para el Manual

Los manuales son una de las herramientas más eficaces para transmitir conocimientos y experiencias, porque en ellos se documentan los últimos avances acumulados sobre un tema determinado.

Del mismo modo que cuando un profesor debe impartir un curso presencial o un terapeuta imparte una sesión o taller es imprescindible la preparación del tema y de los recursos didácticos a utilizar.

En el desarrollo de un manual, hay una fase ineludible que permite la transformación del cumulo de contenidos formativos e informativos, en estrategias de enseñanza con impacto comunicativo.

Las estrategias: Según Castillo y Pérez (1998) han sido consideradas como una guía de acciones a manera de instrucciones que hay que seguir. Por lo tanto, su aplicación debe ser consciente e intencional, dirigidas a alcanzar un objetivo específico”.

Las estrategias de enseñanza deben ser diseñadas de tal manera que estimulen a observar, analizar, opinar, formular hipótesis, buscar soluciones y a descubrir el conocimiento por sí mismos.

Según Fraca (2003) estos son los Pasos para Elaborar un Manual de Estrategias:

- ❖ Poseer conocimientos previos.
- ❖ Utilizar la creatividad al momento de elaborar las estrategias.
- ❖ Dominio de contenidos.
- ❖ Utilizar la motivación y la participación.

- ❖ Conocer el propósito de la estrategia.
- ❖ Poseer una actitud positiva.
- ❖ Conocer los momentos instruccionales.
- ❖ Consultar bibliografías acerca de las estrategias y los recursos a utilizar.
- ❖ Conocer la audiencia a la cual va a ir dirigida la estrategia.

Según Díaz y Hernández (1999), las estrategias de enseñanza se clasifican de acuerdo a los procesos cognitivos que se pretenden desarrollar, tales como:

Estrategias para activar conocimientos previos, Estrategias para orientar y guiar los contenidos de aprendizaje, Estrategias para mejorar la codificación, Estrategias para organizar la información nueva a aprender, Estrategias para promover el enlace entre los conocimientos previos y la nueva información que se ha de aprender. Asimismo, podría clasificarse de acuerdo a los momentos obstruccionales: Estrategias pre, con y post-obstruccionales

En cuanto a los aspectos a tener en cuenta al seleccionar estrategias didácticas según De Anda (2004):

- ❖ No existe una única estrategia didáctica para la multiplicidad de situaciones de aprendizaje. La misma dependerá del contexto en el cual se desarrolle, el "contenido" que se quiera enseñar y el "propósito".
- ❖ Debe existir coherencia entre las estrategias didácticas seleccionadas y los contenidos que se proponen.
- ❖ Todos los participantes no son iguales, ni los grupos.
- ❖ Se debe tener en cuenta los recursos necesarios y los "disponibles" en el lugar de trabajo.

No estaría por demás agregar que es importante no dar por sentado que la persona que lo leerá tiene ciertos conocimientos previos sobre el tema.

Diseño instruccional (DI): El perfil del diseñador instruccional se corresponde con un profesional psicólogo o pedagogo, con habilidades específicas para sintetizar, transformar y comunicar los contenidos de base, para que se trasladen como contenidos didácticos y orientados al aprendizaje.

Para ello, es imprescindible que la creatividad y experiencia del diseñador, entren en juego, ya que debe ser capaz de transformar un contenido de gran volumen y aburrido, en un curso sintético y lúdico, un contenido confuso y teórico en un curso estructurado y práctico. En definitiva, ser capaz de aplicar un barniz pedagógico y creativo a los contenidos, para que estos mismos se aprendan.

Cuando el que diseña el manual comienza con los contenidos el punto de partida es ponerse en el lugar de los futuros lectores, haciendo un completo análisis de las necesidades de aprendizaje y metas educativas a cumplir.

Después, deberá elaborar el diseño metodológico de la acción formativa, es decir, el diseño de la metodología de aprendizaje que se va a utilizar.

El diseño de la metodología de aprendizaje que se va a seguir no es fortuito o casual, sino que está basado en modelos, teorías y criterios pedagógicos y psicológicos.

Como ya se ha comentado, previo al diseño instruccional, es necesario el diseño metodológico de la acción formativa. Para ello, el diseñador instruccional, se basará en sus conocimientos y experiencias en las diferentes teorías de aprendizaje.

La teoría pedagógica constructivista es la base conceptual sobre la cual se realizará el Guión Didáctico del Manual. El constructivismo se sustenta en la

premisa de que cada persona construye su propia perspectiva del mundo que le rodea a través de sus propias experiencias y esquemas mentales desarrollados.

Siguiendo la línea de pensamiento de las teorías del aprendizaje, si el objetivo en todo proceso de enseñanza-aprendizaje es la adquisición, modificación, desarrollo o actualización de las competencias (conocimientos, habilidades o destrezas y, actitudes) del colectivo destinatario de este proceso; entonces en función de los objetivos que nos propongamos en la acción formativa, el tipo de contenidos que desarrollemos será diferente y, responderá, en mayor o menor medida, a la adquisición o modificación de conocimientos, habilidades o actitudes.

Bajo esta perspectiva, en función del tipo de contenido que desarrollemos para la formación, el tratamiento que tenemos que hacer del mismo es diferente, por lo que diferenciamos 3 tipos de contenidos:

- ❖ Datos y conceptos (conocimientos). El aprendizaje de datos suele ir asociado a un concepto o marco conceptual. Toda abstracción, representación o información sobre un hecho, dato o parte de un sistema es un concepto, o exige una referencia al mismo.
- ❖ Procedimientos y procesos (habilidades o destrezas). Contenidos que responden a una secuencia de pasos o fases.
- ❖ Reflexión y actitudes. Aprendizaje de principios. Contenidos que requieran estrategias de análisis, síntesis y evaluación.

A continuación, se incluye una tabla donde podemos observar qué estrategias de aprendizaje utilizar en función del tipo de contenido que tengamos que transmitir y cómo podemos aplicar todos estos conocimientos a través del Diseño Instruccional.

Tabla1. Estrategias de aprendizaje.

Contenidos de aprendizaje	Recursos didácticos para el aprendizaje	Objetivos de aprendizaje	Aplicación práctica en el DI
<p>Datos y conceptos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación o definición. • Casos en que ocurre. • Implicaciones. 	<p>Memorizar Comprender Aplicar.</p>	<p>Memorizar los datos Repetir los datos con exactitud o con sus propias palabras. Comprender: Identificar ejemplos y contraejemplos Reconocer el concepto o una representación. Aplicar Explicar cuándo y cómo aplicar el concepto en escenarios reales. Mostrar feedback</p>
<p>Procedimientos y procesos</p>	<p>Propósito. Pasos de que consta. Demostración de habilidades. Conocimiento e instrucciones Sobre movimientos básicos.</p>	<p>Memorizar Comprender Aplicar.</p>	<p>Memorizar los pasos Comprender: Reconocer la localización de cada fase. Memorizar los pasos Primero con ayuda, después sin ella, en un escenario real o en un sistema simulado. Practicar la</p>

			localización y secuencia de los movimientos.
Actitudes	Historias en las que se refleje una actitud deseada. Estudio de casos. Estadísticas. Humor.	Analizar Sintetizar Evaluar.	Analizar En una situación específica, identificar las condiciones a partir de las consecuencias. Sintetizar Explicar qué ocurre y por qué, de forma resumida. Evaluar Aplicar actitudes a situaciones. Simular interacciones personales para comprobar las consecuencias

En resumen como se observa en la tabla podemos decir que un modelo de DI es la base y guía para la elaboración, organización e implementación de cursos orientados a las modalidades alternativas en educación.

En el siguiente capítulo se abordan las temáticas de Psicoterapia Sexual Integral y las Características del Psicoerótismo Femenino. Y después se desarrolla el manual de autoayuda para las disfunciones eróticas femeninas.

ANEXO I. MANUAL PARA EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO PARA DISFUNCIONES ERÓTICAS FEMENINAS DESDE UN ENFOQUE HUMANISTA

I. Psicoterapia Sexual Integral

En la mayoría de los casos de deseo sexual hipoactivo/inhibido y anorgasmia, responden de manera satisfactoria a la psicoterapia sexual integral, en la que se estudian y resuelven con metodología de intervención psicológica, el o los problemas que subyacen a la disfunción específica. También las alteraciones de la excitación, el dolor alrededor del coito y la contracción involuntaria de la vagina, tienen buena respuesta a la intervención profesional.

Cada proceso terapéutico es un “traje hecho a la medida” ajustable a personas específicas.

La psicoterapia sexual integral incluye a los dos miembros de la pareja en un proceso dinámico e interactivo; si la mujer no tiene pareja o no tiene una que considere estable, la terapia se instituye individualmente.

Barrios (2005) piensa que además es importante la creación de un clima de seguridad y confianza emocional que le permita a las personas autoconocerse, explorarse emocional y corporalmente y resignificar su erotismo. La terapia sexual incluye experiencias eróticas enriquecidas (ejercicios específicos) que propician la restauración de una respuesta sexual plena e integrada

Bastantes mujeres están alienadas de su erótica, es decir que no tienen claramente consciencia de las fuentes de su placer y su rico mundo de sensaciones; o las rechazan como tales para no “sentir”.

Sería importante recordarles que como dice la Dra. Fina Sanz (2008):

“1-Toda mujer tiene derecho al reconocimiento y a la apropiación de todo su cuerpo y las posibilidades de sensaciones que tiene; ello sin menoscabo de que se comporte eróticamente cómo y con la opción sexual que prefiera.

2- La mujer no tiene porqué aceptar la opresión, ni a través de su cuerpo ni en su vida. A ella le corresponde buscar las alternativas y elegir relaciones justas.”

Los autores coinciden en las técnicas encaminadas a volver al cuerpo como la fuente principal del autoconocimiento. Lowen (2000) sostiene como tesis fundamental de la bioenergética que cuerpo y mente son funcionalmente idénticos: es decir, lo que sucede en la mente refleja lo que está sucediendo en el cuerpo y viceversa. Mente y cuerpo pueden influenciarse uno al otro. El modo en que uno piensa puede afectar al modo en que uno siente y lo contrario es igualmente cierto.

Otra dicotomía es la que se hace en el plano de la sexualidad, donde la dualidad radica en separar al cuerpo en su extensión es decir la globalidad; de la genitalidad que no es más que la focalización sobre los órganos sexuales pélvicos externos e internos –pene, testículos, vulva y vagina-.

Esta dicotomía tiende a cargarse generalmente en los varones sobre la focalización genital como la meta principal en el placer de la sexualidad, dejando de lado a la globalidad. Con lo que se suspende una amplia gama de sensaciones, emociones y placeres por descubrir. En las mujeres la globalidad es más aceptada y/o potencializada pero sin tintes puramente sexuales, se tocan para untarse crema y ven el cuerpo para ver si están lindas para los otros y no para sí mismas.

Así llegamos a las siguientes líneas que intentan explicar cómo es que se conforma el psicoerotismo femenino.

II. Características del Psicoerotismo Femenino.

Como ya se comentó la sexualidad femenina es más global que focalizada. Mencionaremos aquí brevemente la multiplicidad de características de la psicosexualidad femenina que rescata en su experiencia Sanz (2008):

- ❖ Gran sensibilidad corporal con difusión global de sus sensaciones. La mujer goza de su cuerpo mediante las caricias corporales produciéndose en ella una percepción de globalidad. La sensación se difunde como una totalidad. Quizá como producto de la mayor permisividad en las niñas para tener contacto entre ellas.
- ❖ Cierta “anestesia” genital, especialmente vaginal, sobre todo en aquellas mujeres que han tenido poca experiencia con sus genitales. El no haber jugado con ellos dificulta el conocimiento de sus sensaciones, o bien están cargadas de fuertes connotaciones negativas, con lo que se produce un «cierre» que va del vaginismo al «no siento» o sentir pero con desagrado y/o culpa.
- ❖ Emocionalidad; Las sensaciones adquieren emocionalidad y se las interioriza. Por ello es que el encuentro sexual y el sentimiento amoroso van frecuentemente unidos.
- ❖ Percepción sexual globalizadora: La mirada hacia el otr@ es totalizadora. Se percibe el conjunto más que las partes. Dentro de esta globalidad tienen mucha importancia los sentidos y las fantasías eróticas.

- ❖ Los sentidos: Se desarrollan en el conjunto de la vida cotidiana de la mujer, en las actividades no específicamente sexuales.
- ❖ En las fantasías eróticas: Aparece el juego de lo permitido y lo no permitido en el mundo femenino, lo valorado y lo rechazable, las imágenes genitalistas y las románticas. Particularmente tienden a las relacionadas con lo romántico y sentimental, y que suponen una erotización general del personaje o de la situación: mientras que las fantasías genitales además de placenteras pueden aparecer culpabilizadas, o incluso reprimidas.
- ❖ Y finalmente un elemento relacionado con los dos últimamente citados. Lo que la Dra. Sanz llama el cultivo del espacio erótico interior, o la clandestinidad, lo oculto, lo secreto. En sociedades sexualmente represivas para la mujer, esta desarrolla básicamente su sexualidad en la clandestinidad, tanto en cuanto a sus fantasías como en sus comportamientos.

Braun & Aldana, (2009) dicen que ciertas aventuras o experiencias sexuales pueden producir un doble placer para el varón, por vivirlas y contarlas a los demás varones. Y que ante una misma experiencia sexual, el hombre será calificado de «macho o muy hombre» y la mujer de «puta». De ahí que ellas se explican que como una manera de defenderse de esa doble moral sexista, muchos de los avatares de las mujeres, reales o fantaseados, quedan ocultos y recreados en su recuerdo, en su más estricta intimidad.

El cuerpo erótico femenino como globalidad: Retomando de nuevo el hecho de que la principal característica que se aprecia en la erótica femenina es su corporalidad o globalidad, frente a la genitalización masculina.

Es importante saber que estos dos conceptos «globalidad y genitalidad» expresan formas de percibir las sensaciones corporales, aunque pueden expresarse más allá de lo que se entiende por sexual.

Sobre la visión globalizadora femenina se consideran al menos tres factores que pueden estar influyendo.

1. El cuerpo biológico: el cuerpo de la mujer tiene sus órganos sexuales dispuestos en el exterior e interior, lo que supone una determinada percepción de sí misma.

Continuamente el cuerpo está cambiando y modificándose; está el ciclo menstrual que modifica su cuerpo, variando el tamaño de sus pechos, de su vientre, la sensibilidad o tensión de sus órganos externos pélvicos, su deseo y sus emociones. Existe la posibilidad embarazo; donde se siente que algo crece en interior que ella alimenta con lo que se puede comunicar.

2. Actividades de la vida cotidiana en relación al rol femenino: En la vida de la mujer están presentes tareas diversas y simultáneas: por ejemplo en alimentación prever los alimentos y condimentos necesarios para prepararla, comprar, hacerla, calcular el tiempo para cocerla etc.

En el estado emocional de los miembros de la familia: se espera de la mujer que sea capaz de captar los diversos cambios emocionales; la limpieza de la casa o la búsqueda de medios para el mantenimiento de la misma; llevar la economía familiar, etc. a este conjunto de tareas del rol de ama de casa y madre se añaden otras que tienen las mujeres que, además, trabajan fuera del hogar, en donde tienen que tener también actualizadas todas las necesidades que requiere su función.

Todo ello unido, al hecho de que la mujer, impregna con sus emociones, las cosas que hace, lo que le permite integrar más que disociar

3. El contacto entre las mujeres.

La globalidad en términos de percepción del cuerpo, puede describirse como una sensación de placer que se difunden por todo el cuerpo, suave, como si todo él se electrificara, se energetizará o se abriera. No limitándose solo a los órganos sexuales internos y externos (genitales).

A las mujeres les gusta ser tocadas, acariciadas. Desde contactos banales, cómo que les laven y toquen el pelo en la peluquería, hasta recibir masajes, el abrazo, el beso, hacerse cosquillas, etc. con ellos aflojan, se expanden, se relajan, amplían la respiración y pueden llegar a adormecerse.

Les produce placer su cuerpo porque es algo que han desarrollado durante su proceso evolutivo en el contacto con otras mujeres, sobre todo en la infancia y la adolescencia. Este tipo de sensaciones que responden a la erótica de contacto, no tiene por qué hacer surgir ningún deseo genital: no de masturbación ni de penetración/coito, ni tampoco fantasías relacionadas al placer sexual. Motivo por el cual muchos varones se sienten frustrados, cuando acarician a su mujer para excitarla. Si con un contacto así surgiera un deseo sexual, es porque existía un deseo previo o porque se tenía ya cierta carga de tensión sexual en esa zona, y entonces se conduce y concreta ahí a través del contacto con el cuerpo. Lo más frecuente es que sienta el placer por el placer mismo.

Un factor determinante del desarrollo erótico global en las mujeres son las prácticas habituales de contacto que se dan en niñas, adolescentes y adultas, tanto en los juegos como en las relaciones de convivencia (Braun & Aldana, 2009).

El CONTACTO ha sido además de las fantasías eróticas, la forma en que la mujer ha podido conducir su energía sexual y la ha desarrollado.

Hay muchas prácticas y juegos del colectivo de mujeres que parece no tener implicaciones sexuales (por eso se permiten y son aceptadas socialmente) y que sin embargo preparan para el placer corporal y lo producen.

«Yo tendría la edad de diez años, iba a un colegio de monjas. Me aburría mucho en las pláticas del cura, en los ejercicios espirituales. Aunque estábamos continuamente vigiladas por monjas, había muy poca luz en el recinto para que mantuviéramos la concentración y meditación, situación que aprovechábamos la compañera de alado y yo para hacernos "cosquillas". Nos las hacíamos en la mano -palma y dorso-con los dedos y las pocas uñas que teníamos.

Otras veces, allí mismo yo me cortaba una uña que utilizábamos ambas. Con la punta la pasábamos por la mano de la otra, y luego nos la intercambiábamos». Relato de una consultante (Sanz, 2008).

El cuerpo erótico genitalizado: No es fácil para muchas mujeres descubrir o desarrollar su genitalidad desde la infancia (Sanz, 2008).

1. Durante el proceso evolutivo socialmente a la mujer se le reprime el encuentro con sus genitales, y se le refuerza ese no contacto con valoraciones positivas de su rol de mujer: la feminidad entendida como no deseo sexual y desarrollo de otras áreas «más espirituales» de la personalidad. Muchas mujeres dicen «yo no lo necesito », refiriéndose a la masturbación (autoerotismo) o al deseo de la relación coital o genital. Y realmente suelen ser verdad estas expresiones; han desarrollado poco la genitalidad o se han autoconvencido de que una mujer no necesita de «esas cosas propias de las necesidades masculinas» tal como les decían de niñas.

2. Parte de los órganos femeninos se encuentran en el interior del cuerpo, lo cual supone que no se pueden ver (útero, ovarios) ni tocar con facilidad (vagina) a menos que se conozca su existencia. De ahí que el conocimiento de estas sensaciones muchas de las veces se consigue con la manipulación de la zona externa de los mismos (labios mayores, menores, clítoris), de sus límites (inglés, hueso púbico), del ano, o por el contacto con los senos. A medida que se desarrolla un mapa erótico, se producen interconexiones corporales que permiten sentir los genitales a través de la estimulación de cualquier parte del cuerpo, y sobre todo cuando existe deseo erótico.

El acceso a la vagina es difícil si no se toca, aunque ésta también puede participar del placer de la caricia de los genitales externos, de otra parte del cuerpo, de la fantasía y del deseo.

El desconocimiento vaginal es tal en la niñez, que cuesta encontrar una terminología -aun popular («cosita, paloma, panocha»)- para denominarla, frente a los muchos términos genitales masculinos.

3. Las mujeres han relacionado inconscientemente la genitalidad con la relación de poder del varón. Pues han recibido mensaje de otras mujeres, madres, tías, hermanas, amigas..., e incluso del padre, tales como: «que no se aproveche de ti», «todos los hombres quieren lo mismo», « cuando consiguen lo que quieren te dejan», «los hombres buscan a chicas "fáciles" para pasar el rato y a las "serias" para casarse», «hazte valer»... entre otros muchos mensajes.

Estos mensajes se reciben antes de que se entienda realmente el significado. Más tarde se introyectan como:

Vagina abierta = mujer fácil = menos valor = abandono seguro.

Vagina cerrada= mujer difícil = más valor = interés del varón.

Por lo tanto la vagina abierta o cerrada adquiere un simbolismo de poder como contrapartida al poder del varón. Una vagina cerrada es un recurso de lucha contra el varón, una forma de no doblegarse, de no someterse. Abrir la vagina es una de las formas típicas de agresión a la mujer - la violación, desgraciadamente es algo cotidiano- y sus genitales, un espacio frecuente de humillación en chistes, en frases en la calle e incluso en las violaciones en el propio hogar. Esto puede explicar que en muchas mujeres exista, una cierta "anestesia" genital, especialmente vaginal, y que la relación coital, consecuentemente, no sea placentera.

La vagina ha sido un tema vedado para la mujer, que parecía tener solo sentido útil para los demás: para los hombres como canal para masturbarse o para dar a luz a bebés.

"Me ha producido mucha tristeza escuchar a mujeres decir que nunca habían visto su vagina o bien la habían visto sólo tras el parto y llena de puntos" (Sanz, 2008).

Un gran pasó en el conocimiento femenino es explorar posibilidades de goce, también vaginales, para el autoerotismo, el placer, o para compartir en un contacto erótico.

La vagina es sensible a la presión. Puede aflojarse y apretarse y ese movimiento es excitante tanto si se realiza con un contacto táctil, el pene o un objeto adecuado, como si se realiza sin manipulación, tan sólo con el movimiento de contracción y relajación (Sanz, 2008).

El desarrollar la sensibilidad de la vagina permite:

1. Recuperar el propio cuerpo para sí.
2. Percibir otras sensaciones placenteras diferentes a las que se experimentan en el contacto con el clítoris o el resto del cuerpo.
3. Favorecer la genitalidad, que se obtiene no sólo mediante la estimulación clitoríca sino también con la vaginal. Se crea una tensión energética, una carga a partir de los genitales, pudiendo diferenciar esta sensación de la que anteriormente se ha descrito como globalidad.
4. Diferenciar la sensación genital del clítoris y de la vagina, la primera más aguda y focalizada, la segunda mas distribuida e interna: ambas placenteras pero diferentes.
5. Aprender a sensibilizar la vagina ayuda a sentir también el útero y el interior del vientre, cuyo placer es aún más sutil.
6. El desconocimiento de la erótica femenina es importante. Darle importancia a descubrimientos de puntos de excitación, corre el riesgo de caer en la búsqueda de técnicas de excitación rápida y el orgasmo, con coito o sin él. Todo el cuerpo es una gran superficie externa e interna, sensible y placentera. Sin embargo, cada conocimiento del cuerpo humano que ayude al bienestar, es digno de reconocimiento.
7. Se favorece la respuesta orgásmica; al menos unos tipos de respuesta orgásmica.
8. Se aprende a diferenciar y a disfrutar del autoplacer y del placer compartido.
9. Si se desarrolla la sensibilidad en la vagina, se disfrutará más en las relaciones con otra persona. Y recíprocamente, la otra persona gozará de tener una vagina viva.
10. Finalmente si se tienen relaciones coitales, la mujer puede ayudarse mediante movimientos vaginales, además de otros

recursos, a, prolongar el placer e incluso a ayudar a controlar la eyaculación masculina (Braun & Aldana, 2009).

Bien una vez revisados los beneficios de desarrollar la sensibilidad en la vagina, es hora de ir al cómo alcanzarlos, para el “crecimiento erótico y desarrollo personal”.

III. Manual para el Tratamiento de las Disfunciones Eróticas Femeninas

Este manual es para el tratamiento de las disfunciones eróticas femeninas, siempre y cuando no se tenga ningún problema físico y todo se deba a motivos psicológicos y sociales. También es útil para las mujeres que no esten atravesando alguna disfuncionalidad en su vida erótica, psicolog@s , profesionistas y especialistas que acompañen en el proceso psicoterapeutico a mujeres con alguna disfuncionalidad.

En él se incluye:

- ❖ La descripción de ejercicios/técnicas y/o experiencias eróticas a vivenciar, que han sido desarrolladas y aplicadas en programas de crecimiento sexual y personal para mujeres. Éstas como camino para autoconocerse, explorarse emocional y corporalmente y resignificar su erotismo. Dando en suma la restauración de una respuesta sexual plena e integrada.
- ❖ Se incluyen el desarrollo de algunos temas, en los que se considera no basta solo la vivencia del ejercicio. De este modo el crecimiento es corporal e intelectual.

Introducción

Es importante que, en este momento, confíes lo suficiente en ti misma para empezar a explorar quien eres. Conquistar tu capacidad erótica no te convertirá en una persona diferente en tus creencias morales y tus valores sexuales básicos. Lo que si hará será facilitarle una expresión más gratificante de tus sentimientos y necesidades sexuales y emocionales básicas.

Es casi seguro que trates de mejorar tu relación sexual con tu pareja si actualmente la tienes o si esperas tenerla más adelante. Al tener orgasmos (que no es la meta principal y que puede o no suceder), es probable que te preguntes

¿mejorarán mis relaciones con los hombres (o con mi pareja, o con mi marido)? Si tu relación es buena, es probable que encuentres que el desarrollo de tu capacidad orgásmica te da una sensación más completa de placer y satisfacción del campo sexual. Sin embargo, es probable que tener más sensibilidad sexual u orgásmica no mejore ni resuelva otros conflictos graves de la relación (Heiman & LoPiccolo, 1990).

También es probable que te preguntes si estas lista para convertirte en una diosa sexual en una semana, antes de tu boda o para el cumpleaños de tu novio. La respuesta es no. La duración de este proceso varía enormemente de mujer a mujer. Alcanzaras tus objetivos dependiendo de tu constancia y esfuerzo además de las circunstancias externas, como el que tengas pareja o no, o como este tu relación con ella. Tu problema puede estar superado en unos 6 meses o en un par de años, cada quien tiene sus tiempos (Braun & Aldana, 2009).

Indicaciones para el uso del manual.

La sexualidad no solo pone en juego tu cuerpo sino tus pensamientos y tus sentimientos, y el cambio proviene de la exploración de maneras nuevas de pensar y de sentir, no solo de nuevas cosas que puedas hacer con tu cuerpo.

Cada ejercicio requiere que dispongas tiempo de ti misma, en el que estés segura de tu intimidad y te sientas (por lo menos durante ese rato) libre de todo deber y responsabilidad. Resérvate más o menos una hora para cada ejercicio, en el momento en que estés segura de que tus ocupaciones no te molestarán, tus hijos, tus amigos, el teléfono, el celular o tu pareja.

Cada sesión está determinada a una experiencia, así veras que dice experiencia 1, experiencia 2, y algunas traen incisos a), b), c) etc. se sugiere que hagas una experiencia y sus incisos por día. Pero si aun decidieras seguir a la siguiente experiencia no hay problema.

Lee cada sesión completa antes de hacer los ejercicios, para no estar consultando el manual, mientras realizas la actividad.

Recuerda Tú no eres «las mujeres»; eres tú, y tendrás tu propio y peculiar proceso de crecimiento sexual.

Es necesario cuentas con una libreta, solo y exclusivamente para anotar tus vivencias cada que finalices un ejercicio. Puedes decorarla a tu gusto, será como tu diario, donde iras documentando tus avances. Esta libreta es para ti no debes darla a leer a nadie más.

Hacer los ejercicios supone que tú tienes total control, de modo que podrás saltarte alguno o volver a los anteriores para progresar de la manera que mejor se adapte a tu necesidad. Aun si tú alcanzaras la respuesta orgásmica, te sugerimos que intentes continuar con los ejercicios.

Es probable que algunos de los ejercicios propuestos te beneficien mucho y otros no tanto, y hasta habrá algunos que te parezcan simplistas e incluso tontos. Aunque te rías de ellos inténtalos.

Cada ejercicio debe repetirse durante el tiempo que tardes en conseguir tus objetivos. Además, muchos de estos ejercicios son acumulativos: no pasamos de uno al otro olvidando el anterior, sino que los vamos sumando.

Aclaración lésbica; a lo largo de estas páginas se hablara de él, simplemente como una convención. Si te consideras homosexual/gay, tal vez no te interesen los penes y eso de ser penetrada, pero ¿Qué tal el Papanicolaou?, ¿Te lo haces cada año?, ¿Por qué no jugar con un dildo? Si eres gay/lesbiana y tienes dispareunía los dedos de tu mujer e incluso su lengua te darán miedo y dolor, en lugar de placer. Como Heiman & LoPiccolo (1990), comentan tu cuerpo y

tus sensaciones no están peleados con tus preferencias. Este manual también te será útil, donde decimos *él* también hablamos de *ella*.

Aquí tienes tres alternativas de las que pueden escoger tú y tu pareja, mientras se desarrolla el proceso.

1. Continuar con sus experiencias sexuales como antes. Esta opción debe ser elegida sólo si las experiencias sexuales son cómodas y placenteras para ambos.

2. Interrumpir temporalmente el coito o cualquier otra actividad que sea incómoda o displacentera para cualquiera de los dos.

3. Interrumpir el coito cualquier actividad displacentera y toda presión sobre la mujer tendente a que se excite o alcance el orgasmo. Sin embargo si sigues esta opción la mujer sigue dando placer sexual a su pareja.

La cuarta opción sería combinar las tres anteriores. Es decir si lo que ustedes comparten sexualmente no es desagradable para ninguno de los dos, si no generalmente placentero, pueden optar por seguir así durante la primera parte de este proceso de crecimiento. Y cuando estén listos para hacer la segunda parte donde ambos participan en el apartado de “Cómo compartir los descubrimientos con nuestra pareja” deberán abstenerse del coito y seguir la secuencia de ejercicios que se describen.

¡Bienvenida!

Comenzaremos por explorar la percepción que tienes de ti misma.

PERCEPCIÓN DE TI MISMA

Experiencia 1. Percibiéndome

Necesitas 5 hojas de papel y colores o plumones de colores o plumines.

1.-Ésta soy yo: Toma una hoja y escribe en el margen superior: "Ésta soy yo" y expresa quién eres o como te sientes, con los colores.

No intelectualices (Creo que... pienso que...), conecta contigo, con alguna emoción, plasma en el papel aquello que se te ocurra, sin pensarlo.

No hay tiempo límite, tómate el que necesites, pero no te entretengas demasiado.

Comienza... al terminar ve a la siguiente y así sucesivamente hasta completar las 5 hojas.

2.-Éste es mi cuerpo: Toma una segunda hoja y escribe en el margen superior: «Éste es mi cuerpo» y expresa cómo es tu cuerpo o cómo lo sientes, utilizando los colores que necesites para ello. Empieza... y cuando termines continúa con la siguiente hoja.

3.-Éste es mi cuerpo cuando me enamoro: Toma una tercera hoja y escribe en el margen superior: «Éste es mi cuerpo cuando me enamoro» y con los colores exprésalo. Empieza...

4.- Éste es mi cuerpo cuando me separo: Toma una cuarta hoja de papel y escribe en la parte superior «Éste es mi cuerpo cuando me separo», y con los lápices de colores trata de expresarlo. Empieza...

Es frecuente que te preguntes "¿Separarme de quién?, ¿separarme de quien quiero?, ¿cuándo yo decido separarme?", sólo por citar algún ejemplo, pero para cualquier pregunta que te surja. Recuerda que la consigna es que expreses lo que desees y cómo desees en la hoja.

5.- Éste es mi mundo: Toma la última hoja de papel y escribe en el margen superior: «Éste es mi mundo» y con colores expresa cómo es tu mundo.

Comienza...

Una vez que termines los 5 ejercicios colócalos frente a ti. Observa detenidamente y ve el significado que tienen para ti.

Si has escrito algo, léelo y fíjate cómo lo describes o te describes, con qué valores te identificas.

Si has elaborado algún dibujo, identifica por qué has utilizado esas formas y colores.

Te puede sorprender cómo mientras describes y observas, descubrirás cosas tuyas que quizás no habías apreciado.

Si son dibujos; no te preocupes por la técnica, no importa que no sepas dibujar; no hay dibujos malos, ni buenos, todos son perfectos. En ellos manifiestas tus emociones, tus vivencias subjetivas en torno a ti y a tu realidad cotidiana.

Algunos dibujos se centrarán más en un movimiento interno, en emociones; otros, en cambio, expresan aspectos externos y visibles.

Permítete reflexionar sobre algunas de estas cuestiones y qué relación pueden tener contigo y con tu vida:

¿El dibujo está estructurado o desestructurado? ¿Qué colores has utilizado y que simbolizan para ti? ¿Identificas esos colores con algún sentimiento: alegría, tristeza, miedo, enojo...? ¿Utilizaste varios colores o te percibes a ti y a tu historia cómo monocolor?

¿Qué espacio ocupa el dibujo en el papel? ¿Tiene relación con el espacio que te permites ocupar en tu vida (poco o mucho)? ¿Sientes que ocupas en tu vida el espacio que necesitas?

¿Tratas de pasar desapercibida?

¿El cuerpo aparece sexualizado (con vulva)?

¿Crees que has dado importancia a tus sentidos?,

¿Aparecen tus pies y manos?, ¿Puede tener esto algo que ver con una sensación de estar bien plantada o no plantada sobre tus pies o con la dificultad facilidad o demanda en la comunicación (manos)?

¿Cómo vives el enamoramiento? ¿Cómo la alegría? ¿Con miedo?

¿Con qué asocias las idea de separación, con ruptura? ¿Es para ti una liberación, un camino de esperanza, o tu propia disolución, la desesperación? ¿Es para ti un proceso frecuente en tu vida?

En «Éste es mi mundo», ¿Haz plasmado lo que es en este momento? ¿Has maquillado o idealizado tu realidad cotidiana o el mundo que quisieras tener?

Finalmente, ¿Te has dado cuenta a través de estos ejercicios de algo tuyo? ¿Has podido conocerte algo más? ¿Mirando lo que has expresado en tus hojas que te falta para ser feliz?

Anota en tu libreta lo que ha sido más significativo o importante para ti (Braun & Aldana, 2009; Sanz, 2008).

LOS SENTIDOS

Los sentidos guardan relación con las sensaciones y emociones, y por tanto, también con el placer en la comunicación sexual. Nos ponen en contacto con el exterior y con las sensaciones de nuestro mundo interior, seleccionando y valorando los estímulos recibidos a partir de nuestras experiencias cognitivas individuales y socioculturales.

De niños no sólo aprendemos explorando todo el cuerpo sino cualquier objeto del mundo exterior, lo huelen, lo chupan, lo miran, lo pasan por su cuerpo, juegan con él etc., y así se delimita el propio cuerpo de los objetos, y se discriminan y valoran las sensaciones. Después según los modelos educativos imponen determinados criterios en torno a la priorización de unos sentidos sobre otros, así como también al conjunto de prohibiciones, como por ejemplo: tocarse los genitales, el ombligo, meterse los dedos a la nariz, producir un eructo sonoro,

oler secreciones o a otra persona ostentosamente, etc., todas estas según el momento de la vida o modas sociales, dentro de lo que se entendería como las normas o reglas sociales.

En nuestra sociedad, los sentidos de la vista y el tacto, predominan en nuestro contacto con el exterior. Y preferentemente se utilizan algunas formas de contacto cómo agarrar o tomar cosas con las manos, y no muchas otras; acariciar, rascar, abrazar, morder...

El objetivo coital o genital que tienen frecuentemente las relaciones sexuales adultas, a veces desplazan la importancia del placer de los sentidos en su conjunto, como el juego de la comunicación de las miradas, los tonos de la voz, las sonrisas, descubrimiento de los olores corporales, de la aproximación o la distancia del otro o la otra, las fantasías eróticas, los gestos corporales, los mensajes de tacto, de los escritos, etc.

El goce sensual, como goce en sí mismo para la persona, enriquece también las prácticas genitales y el coito, permitiendo relacionarse de manera integral. Constituye también una fuente de placer para situaciones en las que no puede haber contacto genital.

La capacidad de sentir y sobre todo la capacidad subjetiva de sentir placer implica no solo la apertura al mundo de los sentidos, sino también actitudes positivas frente a vivencias corporales que permiten tanto el goce autónomo como compartido. Pero no se puede compartir lo que no se ha desarrollado como menciona la sexóloga Sanz, (2008).

Los sentidos y la sexualidad: El placer sexual está mediatizado por los sentidos. Una mayor apertura de nuestra sensualidad y de la erótica de los sentidos favorecerá nuestro propio placer en el encuentro erótico. Esto es algo que se conoce desde milenios de años y puede revisarse en los libros sagrados o

filosóficos antiguos como el Kama Sutra, el Ananga -Ranga, El jardín perfumado, textos clásicos taoístas o tántricos.

La vista: Probablemente el más desarrollado, en el contacto con el mundo exterior y con las otras personas. A través de los ojos podemos mirar, expresar y captar emociones.

Las miradas sirven como iniciación no verbal al acercamiento erótico. Podemos contemplar objetos o manifestaciones artísticas que despiertan nuestros sentidos. Pueden seducirnos partes del cuerpo o su conjunto, y en especial un cuerpo dinámico; cómo se mueve, cómo sonríe, cómo habla, como es la textura de su piel, etc.

El olfato: Cada persona tiene un olor propio y particular que forma parte de lo que puede considerar su personalidad. Cada parte del cuerpo expone su propio aroma. Nuestro propio olor mantiene cierta constancia lo que nos hace reconocible, sin embargo, también cambia según nuestro estado emocional, por nuestra alimentación o también por la higiene, etc.

N. Grafeille (citado en Sanz, 2008) cita tres factores que intervienen en el olfato: "el estímulo: olor agradable o desagradable perceptible; el receptor: hombre o mujer/.../; la decodificación: es una función de la experiencia colectiva e individual y hace intervenir la cultura, la memoria, los afectos. La resonancia afectiva va a traducirse en términos de placer o disgusto del olor existente. "Ciertas mujeres encuentran erótico el olor a tabaco, otras lo encuentran repugnante".

El olor es un factor de estimulación o inhibición de deseo sexual y, por tanto, de la aproximación. Una conducta aprendida es que "no debo de oler" y para ello hay que consumir productos que oculten nuestro olor (desodorantes, perfumes, aromatizantes...).

El oído: En el proceso sexual no suele utilizarse mucho, éste es uno de los principales conflictos de pareja: la dificultad para comunicarse, en concreto el “escucharse”.

El lenguaje verbal tiene gran riqueza de matices: el tono de la voz, la modulación y el ritmo. Y además no suele estar aislado de lenguaje corporal, que es todo un conjunto de gestos y expresiones que enfatizan lo que queremos decir.

El sonido es un factor de excitación sexual: existen personas que les gusta escuchar o decir palabras tiernas al hacer el amor o por el contrario, les excitan las palabras obscenas. El sonido de los cuerpos al frotarse, de los besos, del contacto de los genitales entre sí, componen una amplia sinfonía. La voz es otro de los factores importantes en el proceso de seducción; percibir una voz que seduce, o cargada de emoción, o de deseo, tierna, o tímida... La música es también estimulante complementa los sonidos naturales y ayuda a abrir los sentidos.

El tacto: A Montagu y Matson citado en Sanz 2008. Consideran que el mundo occidental está utilizando para la comunicación «los sentidos de distancia» (vista y oído), mientras que los sentidos de proximidad, como el tacto, gusto, olfato, los sentidos vestibulares y de articulación muscular, han sido considerados tabú, menospreciados o ignorados.

La necesidad de contacto se mantiene a lo largo de toda nuestra vida, pues forma parte de nuestro equilibrio emocional y psicofísico. A través del contacto podemos experimentar amor, protección, relajación, deseo, miedo...Y de igual manera podemos manifestarlos.

Hay varias formas de tocar: palpar, acariciar, rozar y amasar. Estas se diferencian en el grado de acercamiento emocional y sexual, e intensidad en la presión.

Explorando los sentidos

El primer paso es meterle freno a los pensamientos obsesivamente negativos, que tienes instalados en la cabeza y ponerte a trabajar con los sentidos.

El objetivo es ayudar a descansar la mente, alejarnos del miedo aprendido, comenzar a sentir el cuerpo y conectarnos con nuestro erotismo.

Finalmente se trata ni más ni menos de entrar en contacto con la vida, la tranquilidad, el placer y el bienestar a través de los sentidos.

Experiencia 2: La Vista

El primer día comenzarás con la vista. Tienes que ver sin analizar todo lo que te rodea, intenta disfrutar la experiencia.

Puedes comprar cosas para observarlas, ve con más detenimiento lo que hay en tu casa o concentrarte en las creaciones de la naturaleza; como una flor, las formas de las nubes, la copa de un árbol y su movimiento, el brillo de las estrellas, las personas, tus manos, tu cabello, una película, fotografías etc. Solo date tu tiempo y disfruta de ver intenta admirar con la capacidad de asombro de un niño.

Experiencia 3: El gusto

El segundo día añade el sentido del gusto. Percibe el sabor de todo lo que pruebes desde un vaso de agua hasta un postre. Intenta cerrar los ojos y comer muy lento y verás que la experiencia es aún más intensa.

Experiencia 4: El oído

Al tercer día incluirás el oído. Trata de escuchar la música que te relaja, el sonido que produce el viento, el de la lluvia caer, los pasos de la gente, los de tu pareja, tus propios pasos, el canto de los pájaros. De nuevo, si cierras los ojos y simplemente escuchas, te sorprenderá lo que puedes descubrir a tu alrededor.

Experiencia 5: El olfato

Al cuarto día es para el olfato dedícate a oler todo lo que hay en el baño de tu casa, el jabón, el shampoo, las toallas; lo que esté en el refrigerador, como las mermeladas, los limones, la leche y todo lo que encuentres en tu casa, incienso, flores, velas aromáticas. Huele tu sudor, el de tu pareja, tus pantaletas, tu olor cuando menstruas o el de tu lubricación etc.

Experiencia 6: El tacto

Al quinto día incluye, el sentido del tacto. Centra tu atención en descubrir cómo se siente la textura y la temperatura de todo cuanto te rodea: la mesa de madera, tu bolsa, el folder, la ropa que traes puesta, tu pelo, tu piel. Puedes recolectar distintos objetos pequeños, cómo una piedra, una hoja, pedazos de diferentes telas y frutas, luego en la noche, con los ojos cerrados, siente las distintas texturas de esos objetos.

Anota en tu libreta como te fue con cada uno de los sentidos y cuál fue el que disfrutaste más.

Como te habrás dado cuenta, la vista es una herramienta ultra valorada que en cierto modo nos impide sacar el máximo provecho de nuestros demás sentidos, pues nuestra dependencia en la vista es total. Y esto se refleja también en la cama. El sexo es más que meter un pene dentro de la vagina. Nuestro cuerpo y el de nuestra pareja es un pequeño universo de distintos olores, texturas variadas, diversos sabores en cada parte del cuerpo, sonidos diversos y obviamente la apariencia única de cada persona.

Todo ese mundo de sensaciones de percibir y experimentar, con alguien o con una misma, constituye el fundamento del erotismo. Estos ejercicios no deben limitarse a una semana como recomiendan Braun & Aldana. ! ¡Son tan obvios!, ¡que se nos olvidan!, deben integrarse en nuestro día a día.

Abrir los sentidos supone abrirse también a las emociones y no «engancharse» a ellas. Las emociones son manifestaciones energéticas y reconocerlas como tal permite su fluidez; de lo contrario, si cuando sentimos miedo, tristeza o enojo, no las reconocemos cómo tales y las expresamos, pueden quedar bloqueadas e incluso manifestarse físicamente en forma de contracción muscular, dando lugar a sensaciones dolorosas, tensiones crónicas y somatizaciones que generan enfermedades.

El sentir está unido también a la "respiración". Se apreciará más una emoción y una sensación, cuanto más se respire. Por ejemplo, cuando nos sentimos tristes el cuerpo se cierra como para no sentir y se respira muy poco, entrecortada y superficialmente. Cuando sentimos alegría el cuerpo se abre como para sentir más y se amplía la respiración (Sanz, 2008).

En su trabajo con mujeres ha observado que en general éstas respiran poco dice la Dra. Sanz.

RESPIRACIÓN

La respiración es un elemento de vida o muerte. Se sabe que estamos vivos porque respiramos. Y es también un mecanismo de regulación de los sistemas del cuerpo humano.

Respirar "bien" o "mal" nos hace gozar de buena salud o enfermar. Esa es una de las bases del yoga o la gimnasia oriental para acceder a la salud física y espiritual y liberar al cuerpo de tensiones psicosomáticas, y también en esto se basan algunas orientaciones psicoterapéuticas de base energética.

El objetivo en relación a este tema es llamar la atención sobre la importancia fundamental que tiene la respiración con la salud y más concretamente en psicoterapia y sexología.

El mecanismo de la respiración está íntimamente relacionado con las emociones y la sexualidad, de ahí, la necesidad de incluirlo.

Respiramos de una u otra forma en relación a nuestras emociones. Hay una interrelación entre respiración y emoción, al igual que hay una interrelación entre respiración y sexualidad.

Paralelamente a la respiración, hay toda una estructura corporal que sea ha ido estableciendo. La manera de respirar que tenemos y la estructura corporal revelan aspectos de nuestra sexualidad y nuestras emociones. Sin embargo se han ido creando precisamente para "protegernos" de emociones y vivencias que tenemos.

Son mecanismos de defensa psicocorporales que se han estructurado, que en un momento nos sirvieron, pero ya han perdido su sentido original y nos impiden movernos en libertad. Si esas defensas se rompen bruscamente es peligroso porque puedes sentirte inundada por emociones o movimientos corporales que no sepas cómo manejar, es bueno contar con ayuda de un profesional.

Pero si lo haces poco a poco y aprendes -como recurso de autoayuda- a responsabilizarte y protegerte, no tendrás ningún problema y observarás la gran fuente de conocimiento que hay en ti, progresando a tu ritmo.

Es un poco complicado después de tantos años de respirar incorrectamente. Pero con la práctica continua la irás incorporando cada vez más a tu respiración habitual. Es preferible respirar por la nariz que por la boca.

Para algunas ocasiones como en autosensibilización y cuando se pide emitir sonidos es mejor por la boca. También es bueno para el aprendizaje mantener los ojos cerrados, porque favorece el contacto con nuestro interior, con las emociones y ayuda a visualizar.

Sanz, (2008) explica que visualizar es como imaginar que estás viendo lo que quieres por ejemplo, el movimiento de los pulmones, la garganta, el aliento etc. Las visualizaciones son recursos también de técnicas orientales.

RESPIRACIÓN

Experiencia 7. Visualizando mi respiración

a) Observa tu respiración: Acostada sobre tu espalda, concéntrate como si te observarás por dentro. Coloca una mano sobre tu vientre y otra sobre tu tórax. ¿Se mueven igual? ¿Casi no notas tu respiración en alguna de las dos zonas? ¿Es tu respiración imperceptible?
Anota en libreta estos descubrimientos.

Continúa con la siguiente respiración y anota lo que te parezca importante de cada una.

b) Respiración y espacio: Respira superficialmente de modo que casi no se muevan los pulmones. Toma conciencia que el aire ocupa poco espacio dentro de tu cuerpo. Ve ampliando tu respiración y nota como tus pulmones ocupan más espacio dentro de ti.

Respirar es un placer y un derecho por estar viva!!!.

Muchas mujeres respiran superficialmente, posiblemente como una manifestación corporal de la interiorización del mensaje social de que la mujer debe ocupar poco espacio social, debe pasar desapercibida, ser discreta.

Las respiraciones parciales son incorrectas por ser incompletas. Se oxigena sólo una parte del pulmón y no la totalidad. Queda contraída una parte del cuerpo y retenidas también emociones, e incluso la imposibilidad de experimentar el placer de respirar.

Ahora ve a la siguiente respiración

c) Respiración abdominal: Continúa tumbada con las manos en el tórax y vientre.

Inhala por nariz lentamente. Visualiza el aire atravesando el tórax sin que este se mueva, y llega al abdomen que se va inflando. Hazlo despacio, lento y exagerado.

Desínflalo suavemente, soplando por tu boca. El tórax queda en todo momento inmóvil.

La sociedad occidental favorece la respiración torácica y no tanto la abdominal, que favorece entre otras cosas el contacto con los genitales. Aun así la respiración abdominal está censurada a las mujeres más que a los hombres: la moda de no tener vientre, esconderlo, contraerlo, usar fajas, etc.

Recuerda anotar lo que descubres y sientes con cada respiración. Continúa con la siguiente respiración.

d) Respiración Torácica: Con la misma posición. Contrae tu vientre y todo el tiempo este permanece así durante el ejercicio, rígido y contraído.

Inhala por la nariz igual que en el ejercicio anterior. Al entrar el aire, el tórax se va inflando gradualmente y visualiza que el aire no pasa al abdomen. Al sacar el aire por la boca soplando, te desinflas.

Anota en tu libreta aquello que te sea significativo.

e) Respiración clavicular: Para que se aprecie la diferencia de esta respiración de las otras dos respiraciones, se propone hacerla primero exagerada y después más superficial y sutil como se explica en el siguiente párrafo.

Mantén la misma posición.

1.- Respira todo el tiempo por la boca, al inhalar y al exhalar. Visualiza que el aire no llega al tórax ni al abdomen. Toma de golpe (no profundo, similar a un jadeo, entra y sale rápido el aire) todo el aire que puedas por la boca; lo sueltas inmediatamente de la misma manera. Hazlo rápido solo unas diez veces, para no marearte.

2.- Hazlo más superficial e imperceptible. Imagina que estas representando una obra de teatro y tienes que fingir estar muerta o sea no debe notarse que respiras. Respira todo el tiempo por la nariz, sin mover tórax ni abdomen. El aire solo llega a tu garganta.

Toma aire de golpe por la nariz y suéltalo... hazlo rápido pero superficialmente. Recuerda que no tiene que notarse.

Sólo diez respiraciones no más, podrías marearte. Si notas sensaciones de ansiedad y ahogo, necesitaras inmediatamente respirar profundo.

En la mujer es común está respiración y está relacionada a estados de ansiedad. Esto repercute en una sensación de opresión en el tórax, que se percibe como «un nudo» en la parte alta. Cuando sientes ansiedad la respiración se hace más corta y ello produce más ansiedad.

Es interesante que reflexiones sobre lo que va mal en tu vida y te defiendes no respirando, en lugar de intentar cambiarlo. Quizás decir no a lo que no quieres, pedir lo que quieres te ayude a respirar más y a iniciar esos cambios.

Realiza la siguiente y última respiración.

6.-Respiración completa: Con la misma posición de las anteriores. Coloca tu mano en el abdomen y la otra en el tórax. Si puedes fíjate como respira un bebé o un animal, que son quienes hacen esta respiración completa.

Suelta todo el aire. Inhala lentamente por la nariz y visualiza que el aire te llega hasta el abdomen inflándolo lentamente (o si puedes lleva el aire hasta tus genitales).

Amplía suavemente tu respiración también hacia el tórax que va expandiéndose. Deja que el aire llegue también a la parte alta de los pulmones, a la altura de las clavículas. Sin hacerlo entrecortado, hazlo suave, armónicamente y continuo.

Expulsa el aire lentamente. Desinfla el abdomen, el tórax, hasta las clavículas (cuello).

Si te resulta más fácil esta secuencia hazlo así: Entra aire y expande clavículas, tórax y abdomen.

Recuerda anotar tus experiencias sobre cómo te sientes, y lo que descubres al hacer los diferentes tipos de respiración.

Esta respiración es la que deberías ejercitar habitualmente. La vida cotidiana, aumenta la ansiedad y provoca que tensemos el cuerpo, bloqueando la respiración. Cuando te des cuenta de esto, haz consciente que respiras incorrectamente y procura respirar completamente.

A partir de ahora intenta practicar la respiración completa al menos tres veces al día, en tus actividades cotidianas, sin necesidad de estar acostada y complementando con los sentidos.

IMAGEN CORPORAL

Por lo general, tenemos cierta preocupación, por nuestro cuerpo y esas preocupaciones influyen en la manera de encontrarnos con nosotras mismas en general, y en cuanto seres sexuales en particular.

Realiza cada experiencia por día o según las indicaciones para cada una.

Experiencia 8: Dibuja tu cuerpo. Ten a la mano tu libreta y colores.

Cierra tus ojos e intenta visualizar tu cuerpo desnudo de frente, explóralo de arriba abajo y cuando estés lista abre los ojos.

Dibuja tu cuerpo de frente en una hoja de tu libreta y marca con rayas las partes que te gustan de tu cuerpo, luego anota en una lista qué te gustó y por qué (sinceramente), y las emociones qué experimentaste.

Al siguiente día, mira lo que no te gusta de tu cuerpo... y sobre el mismo dibujo que marcaste con rayas lo que te gustaba, marca con cuadros lo que no te gusta. Luego en tu libreta haz otra lista con lo que no te gustó y las razones por las que no te gusta y las emociones al respecto (Braun & Aldana, 2009, Pág. 84).

Experiencia 9: Baño lento

Para este ejercicio tómate entre 45 minutos y 1 hora en que puedas disponer de intimidad en tu baño. Sin tener en mente algún pendiente, celular apagado, sin los niños en casa, nada en la estufa, es un momento para ti.

Despeja tu mente de otras actividades y preocupaciones, este tiempo es tuyo. Comienza a relajarte, siente el caer del agua caliente sobre tu piel, y percibe tus sensaciones.

Mientras te bañas o duchas, hazlo solo con la espuma de tu jabón, sin zacate, esponja, o uñas, solo la espuma y tus manos. Detente un minuto; quédate quieta de pie, cierra tus ojos mientras dejas que el agua resbale sobre tu cuerpo.

Relájate e intenta hacer una imagen mental de ti misma ¿puedes verte? Abre los ojos y mírate las manos y los brazos, los pechos, el vientre, la pelvis, las piernas y los pies, solo mírate, percibe tus sensaciones, y evita criticarte ¿Qué ves y como te sientes con lo que ves? ¿Te gusta lo que ves?

Si pudieras, ¿Como cambiarías eso que vez y no te agrada a un modo positivo? Por ejemplo algo así: «mis manos parecen envejecidas- pero dan una sensación de fuerza...mis pies son grandes- pero me sostienen a cada paso...». Después de unos minutos, relájate, haciendo respiraciones completas lentas y suaves y termina de bañarte. Cuando te seques hazlo con cuidado, muy suave y cuando estés seca, tómate un tiempo (10 o 15 minutos o más) para seguir respirando lento y suavemente (Heiman & LoPiccolo, 1990).

Anota en tu libreta como te fue con el baño lento.

Experiencia 10: Frente al espejo

Necesitaras un espejo de mano y de ser posible uno de cuerpo entero. Puede que te resulte fácil o no. Quizá descubras que has evitado mirarte el cuerpo en su totalidad o que la imagen mental que creaste de ti en el ejercicio anterior no coincide con lo que ves en el espejo.

Cuando estés lista para comenzar, empieza por la parte alta de la cabeza. Mírate
El pelo, la forma de la cara, la textura de la piel, los ojos, la nariz, las orejas, el cuello. ¿Qué veo? ¿Qué cambiaría si pudiera? Desde un punto de vista sexual, ¿Esto qué cambiaría, cómo me hace sentir conmigo misma?

Ahora fíjate en el torso. Mírate los hombros, los brazos, codos, muñecas, manos, dedos, los pechos, los pezones, la cintura, las caderas y el vello púbico. Y

vuelve a preguntarte ¿Qué veo? ¿Cómo me hace sentir lo que veo? ¿Qué cambiaría? ¿Cómo influye esto sobre la forma en que me siento sexualmente?

Cuando termines con el torso, sigue hacia las ingles, piernas, pies, talones, dedos de los pies, haciéndote las mismas preguntas.

Si cuentas con un espejo de cuerpo completo, date la vuelta para verte la espalda. Quizás quieras probar moviéndote frente al espejo.

Cuando tengas la sensación de que ya dedicaste suficiente tiempo al ejercicio date unos minutos para pensar en la experiencia que has tenido.

1. ¿Ha sido una experiencia agradable, interesante, desagradable o aburrida?
2. ¿Hay partes de tu cuerpo, que influyen más que otras partes, sobre la idea que tienes sexualmente de ti? Esas partes de tu cuerpo, ¿son estrictamente eróticas o sexuales, como los pechos y nalgas?
3. ¿Cómo destacas los rasgos de tu cuerpo que te enorgullecen? ¿Cómo procuras ocultar aquellos que te disgustan?
4. ¿Cuáles son las partes que no le agradan de tu cuerpo?
¿Realmente no te agradan a ti o haz aceptado el juicio o las opiniones de otras personas?, En este caso ¿Quiénes son las personas cuya opinión sobre tu cuerpo te preocupan? ¿Tienden a ser hombres o mujeres?
5. ¿De dónde provienen tus ideas de lo que es atractivo? ¿De tu madre, de los hombres, de ti misma, la televisión, de las revistas?
6. ¿Ha estado satisfecha alguna vez con el aspecto de tu cuerpo? ¿De qué manera influye o influyó esto sobre tu sexualidad?

Es probable que con este ejercicio, hayan salido varias preocupaciones sobre tu apariencia física. Si tienes la sensación de que estas preocupaciones te están impidiendo sentirte bien sexualmente contigo misma, será necesario que las examines cuidadosamente. En cuanto lo que no puedes cambiar, quizá necesites volver a cuestionarte las normas según las cuales estás juzgándote. Presta atención al origen de tales normas y pregúntate de dónde (de qué revista, perfume, diseñador) proviene la imagen que quizás estés comprando.

Dada la estrechez con que se define la belleza femenina (pecho exuberante, esbelta, estilizada, de cutis perfecto, mesuradamente atlética y no mayor de 23 años) en nuestra cultura, nos resulta difícil aprender a aceptar quiénes somos y el aspecto que tenemos como bien lo mencionan Heiman & LoPiccolo.

Anota en tu libreta algunas de las repuestas a las preguntas y como desde el cuerpo lo estas sintiendo además de las emociones que pueden estar presentes cuando te das cuenta de estas cosas.

Al siguiente día intenta descubrir cómo te ven los demás.

Experiencia 11: Percepción que los demás tienen de mí.

Esto no es sencillo, pero puedes conseguirlo. Si tú no fueras tú, y te toparas con esa persona que lleva tu cuerpo, ¿Qué te llamaría la atención?, tal vez el seño fruncido, el cabello opaco, las uñas mordidas... ¿Ves enojo?, ¿Ves descuido? Si lo crees conveniente puedes preguntarle a la gente cercana y de confianza que ve en ti. Prepárate para escuchar cosas como "no te peinas", "andas encorvada", "expresas miedo". O igual y te, dicen "Tienes una boca sexy", "tus manos son suaves". Sea lo que sea que te digan, escucha de forma abierta sin chistar, y anota en tu libreta. Registra también lo que sentiste.

Este día haz un compromiso formal con las partes de tu cuerpo que no te agradan o te son desagradables. Por ejemplo tal vez te diste cuenta que tus rodillas son ásperas y oscuras o que tu vientre se desborda. Esta vez no te critiques con "que fea panza", "que feas rodillas", ahora tócate, siéntete y unta crema, comienza a cuidarlas, para aprender a quererlas, pues recuerda que son parte de ti ¡y ni modo que te hagas un trasplante de rodillas! y tu vientre lo que necesita es que te ocupes de él. Con cada parte que no te agrada, úntale crema, ve que cambios puedes hacer, si es que se puede, si encuentras que puedes cambiarlo, pregúntate ¿Que tan real es esta solución? (no vaya ser la de trasplante) finalmente agrádecele a esta parte de tu cuerpo, el sostenerte, el protegerte, o lo que te surja, según la parte del cuerpo.

Tu objetivo es cambiar lo que puedes aceptar y lo que no, y aprenderte a querer como eres porque este cuerpo eres tú como enfatizan las sexólogas Braun & Aldana, (2009). Anota en tu libreta cuáles son las partes de tu cuerpo con las que te vas a comprometer a trabajar y qué meta es la que quieres alcanzar, ¡y pon manos a la obra!

RECONCILIANDOTE

En los ejercicios anteriores ya comenzaste este camino de reconciliación. Para este día las tareas son de mimo y aceptación y consisten en tres tareas básicas para incorporar a tu vida diaria.

La primera consiste en incorporar el baño lento en todas las veces que te bañes. Vas a hacerlo con mucho cuidado, como si tuvieras todo el tiempo del mundo, sintiendo y disfrutando el agua caliente y el olor del jabón. Sécate muy despacio, úntate crema como si tu piel fuera la de un bebé, lentamente, sintiendo tu suavidad.

La segunda tarea es regalarte algo todos los días. Regálate cosas como lo harías, a una persona que amas. Antes de darte el regalo dite esta frase " Este es mi regalo y me lo merezco".

Intenta hacer los regalos desde los sentidos, con la vista, podrías regalarte una puesta de sol, una noche, una luna etc. Con el olfato, un perfume, flores etc. Con el gusto, una ensalada, un helado, un limonada, un chocolate etc. Así sucesivamente un regalo por día mínimo, no necesitas gastar. Escúchate y piensa solo en ti y lo que te agrada.

Por último, desde hoy resérvate un día a la semana, para tener un encuentro contigo misma. Utiliza tus 5 sentidos, como ya aprendiste a hacerlo, pero para estar contigo. Pon música que te guste y relaje; prende velas de olor o incienso; bebe una copa de vino o tal vez comete una fruta, y metete a la cama para observarte y tocarte, desde el cabello hasta la planta de los pies sin incluir genitales. El objetivo es que te reconozcas cómo eres, cómo es la textura de tu cabello, cómo es tu piel, que sientes en cada parte de tu cuerpo al ser tocada y que sienten tus dedos. En qué lugares la sensación es agradable y en cuáles no y ¿por qué? ¿Qué lugares son ásperos?, ¿Que te da cosquillas?, generalmente las cosquillas son en lugares que nadie ha tocado por años, ve con calma hasta que el cuerpo se acostumbre.

¡Felicidades ya llevas un largo camino aunque no te lo parezca!

EMPEZAR A AUTOSENSIBILIZARSE

Autosensibilizarse es estar disponible para la escucha de lo que te rodea y de lo que pasa en tu interior, abrirse a la vida, a lo interno y externo.

Supone el proceso de desarrollar la capacidad de comprender las cosas y nuestras posibilidades eróticas. El psicoerotismo es una capacidad de vivir subjetivamente el placer en nuestro cuerpo.

El psicoerotismo es una sensación de placer vinculada a lo sexual, pero puede vivirse también fuera de las relaciones sexuales trascendiéndolas.

Experiencia 12: Cabeza- cuello

Cierra los ojos. Esto es algo muy importante "Te estás ocupando de ti".

Observa que ocurre mientras te exploras. Permite que afloren tus emociones. Comienza sintiendo la energía de tus manos, acerca las manos a tu cara sin tocarla. Acércalas y aléjalas de tu cara y nota la diferencia. Haz que recorran - siempre sin tocar- tu cara, cabeza y cuello.

Deja, ahora, que reposen sobre tu piel. Fíjate cómo sientes este contacto, de tus manos, su temperatura, su presión. Varía el tipo de presión: más suave, más profunda, casi imperceptible... ¿Cómo reciben tus manos el contacto con esa cara y ese cuello? (Con miedo, tranquilidad, es agradable, desagradable, rico), ¿Cómo notan esa piel? ¿Hay diferencias de temperatura en los distintos tramos? Cuando presionas, ¿Hay alguna zona tensa o en la que adviertas dolor? ¿Qué sientes ante cada una de esas sensaciones?

En la zona de la mandíbula y el cuello, suele concentrarse mucha tensión. Explora estas zonas con cuidado; aflójalas si las sientes muy duras, pero no te agredas presionando demasiado, ni intentes descontraerlas demasiado rápido, sólo con tus manos diles a esas partes que pueden aflojarse al menos un poco, que no tienen por qué estar a la defensiva.

Recorre tu cabeza. Masajea el cuero cabelludo: suave, fuertemente. Conoce tu pelo: acarícialo desde la raíz hasta la extremidad muy lentamente. Tu frente: Tus sienes (con una presión muy suave o con movimientos circulares). Tus cejas. Desliza suavemente los dedos por los párpados. Acaricia tus pestañas con la yema de los dedos.

Conoce tu nariz por fuera y por dentro. Introduce algún dedo: conoce el grado de humedad o de sequedad, el vello que hay en ella, las sensaciones que produce el dedo.

Conoce tus pómulos, tus mejillas.

Tu boca por fuera y por dentro. Pasa los dedos por tus labios: luego por tus dientes, las encías, la lengua, el paladar. Lame y succiona el dedo que introduces en tu boca.

Repasa tu mentón. Ve hacia tus orejas. Pasa tus dedos por las orejas, desde el borde del pabellón auditivo hasta el interior, y parte posterior.

Haz un pase más general integrando todo, es decir te recorriste poco a poco por pedacitos y ahora regresas recorriendo todo juntando todos los pedazos.

Recuerda las experiencias, vivencias, que has tenido en esas partes de tu cuerpo (bonitas, desagradables, etc.) y anótalas en tu libreta. Descubre posibilidades de comunicación que tienes a través de esas partes de tu cuerpo, y también tus posibilidades eróticas de goce. Puedes repetir esta experiencia frente al espejo. Es importante que en tu libreta anotes como te sentiste con el ejercicio, si te fue fácil o no, si encontraste algo diferente a lo que pensabas.

Experiencia 13: Brazos

Comienza como la fase anterior: Por tu cuello y cabeza. Acaríciate como te gusta sentirte.

Ocúpate de añadir la exploración a tus brazos. Primero recorrerlos con tus ojos cerrados y date cuenta de tus sensaciones.

Abre los ojos, con todos tus sentidos, acaríciate el hombro, baja poco a poco hasta el codo.

Explora tu axila: mírala, tócala, huélela. El olor corporal forma parte de la personalidad de cada cual. Es importante que te reconozcas y te aceptes. Existe todo un bombardeo publicitario para ocultar nuestro olor mediante jabones, geles y desodorantes. Y el mensaje oculto es que nuestro olor puede ser desagradable a nuestro olfato. Esto no es así los olores no son buenos ni malos, son olores. Tu olor es parte de ti; a unas personas les gustará, a otras no, al igual que tu cara o tu sonrisa. Es importante, aún, la higiene de tu cuerpo, boca, ano, genitales y axilas, para que mantengan su propio aroma.

Acaricia tu antebrazo, mano y cada uno de tus dedos. Mírate tócate, huélete. Pasa tus labios por tu piel para reconocerte mejor. Puedes si te apetece,

chuparte o mordisquearte. Primero un brazo, después el otro y luego los dos. Abrazate y ve de qué modo te encuentras bien.

Recuerda (Para todos los contactos con tu cuerpo):

¿Qué sientes con cada una de las sensaciones?

¿Qué piensas (si estás pensando algo)?.

¿De qué forma te gusta sentirte?

¿Cómo podrías desarrollar más tu sensibilidad en esas zonas de tu cuerpo?; si puedes de qué forma convertirías las zonas de tu cuerpo que te resultan desagradables traumáticas o molestas en agradables.

Checa si aparecen imágenes eróticas por ejemplo al acariciarte los brazos quizás aparezca la imagen de que alguien te abraza, acaricia o te besa.

Experiencia 14: Tórax

Después de varios días cuando tengas integradas las zonas anteriores. Empieza como siempre por tu cabeza, tu cuello y ve hacia el tórax y espalda. Primero con tus ojos cerrados y después abiertos. Recorre centímetro a centímetro, de adentro hacia fuera y de arriba hacia abajo.

Aún no explores tus senos. Puedes dejarlo para más adelante cuando tengas todo el cuerpo sensibilizado. Conoce tu espalda, si se te dificulta utiliza objetos que te permitan recorrerla, o tus uñas para sentirla más.

Puedes deslizar tu espalda sobre diversas texturas, sobre la alfombra, la pared...

Como siempre:

Observa que sientes.

Utiliza todos los sentidos.

Desarrolla tus fantasías.

Anota en tu libreta

Experiencia 15: Abdomen

Cuando sientas bien las partes anteriores amplía tu experiencia al abdomen. Vuelve a comenzar de la cabeza, al tórax y agrega abdomen.

Contacta con tu estómago y vientre. Acarícialo o amásalo sin lastimarte con cuidado.

Hazte sentir todo el vientre, haciendo movimientos circulares, en dirección a las manecillas del reloj, de afuera hacia el ombligo. Recorre tu ombligo, sus sensaciones te acercan a lo genital.

Integra ahora tronco y el abdomen recórrelo con los dedos desde las axilas hasta inicio los muslos.

Desliza tus manos también hacia atrás integrando caderas y nalgas. Acércate también al ano (por fuera) integrando con nalgas.

Experiencia 16: Piernas y pies.

Cuando tengas bien integradas las anteriores partes de tu cuerpo, te resulte agradable el contacto con ellas, vallas descubriendo aspectos tuyos y puedas desarrollar fantasías, etc., autosensibiliza tus piernas y pies.

Comienza de nuevo por tu cabeza, brazos...hasta llegar a tus piernas. Ojos cerrados, ojos abiertos, utiliza todos los sentidos, imaginación, observa que sientes.

Explora tus pies es una de las partes del cuerpo mas olvidada para el placer. Generalmente están adoloridos, cansados y maltratados por zapatos ajustados.

Si te da cosquillas ejerce mayor presión como masaje. Detente en otras zonas olvidadas como las rodillas, tanto por delante como por detrás.

Baja por tus muslos, sin tocarte los genitales pero sintiéndolos por la periferia. Si tienes vello en las piernas siéntelo. Integra piernas y pies.

Puedes agregar objetos, plumas, la sábana, una flor, para recorrer tu cuerpo.

Experiencia 17: Senos

Integra ahora tus senos. Haz el recorrido habitual de cabeza a pies y hasta el final lleva tus manos hacia tus senos. Sostenlos de diferentes maneras,

presiónalos, acariciarlos. Recuerda en ningún momento te lastimas. Con la yema de los dedos, toca tus pezones, puedes humedecer tus dedos con saliva.

El contacto global de los senos provoca generalmente un sentimiento de protección, mientras que los pezones la sensación es diferente, es cómo un estímulo más agudo, interno, y favorece (si estas erotizada) la respuesta genital.

Experiencia 18: Integración global

Después de las caricias por todo tu cuerpo, prepárate para integrar la globalidad e ir al mundo de las sensaciones genitales.

(Por integrar entiende ya no ir pedazo por pedazo si no recorrer el cuerpo por completo).

Un modo fácil es colocar una mano sobre tus genitales y la otra sobre tu pecho y corazón. Quédate un momento así, escúchate y siéntete. Estas reunificando la parte alta con la baja, tus emociones con lo genital-sexual. Termina con un abrazo. Tienes derecho a sentirte entera.

Cuando te despidas de tu abrazo ve a tu libreta y anota como te sentiste durante la experiencia.

ÓRGANOS SEXUALES EXTERNOS E INTERNOS PÉLVICOS (genitales).

Permítete sentirte “bien”, sin culpa por sentir tus genitales son parte de ti, de tu libertad, de tu creatividad.

¿Existen para ti?

A menos de ser biólogas o médicas, este ejercicio pone en evidencia lo poco que conocemos nuestro cuerpo.

Experiencia 19. Explorando mis Órganos sexuales.

Para el primer ejercicio necesitaras colores y hoja. Y para el segundo un espejo de mano y un momento en el que puedas estar sola.

1.-Dibuja tus Genitales: Si no dibujaste tus órganos sexuales (externos pélvicos o genitales), en el dibujo de cuerpo entero (en el que colocaste líneas y cuadros para marcar las partes que te agradan y no) o sólo dibujaste vello púbico, dibújalos ahora sin consultar alguna imagen y después agrega como si pudieras verte por dentro tus órganos sexuales internos, tubas uterinas, útero... también sin ver un dibujo de ellos.

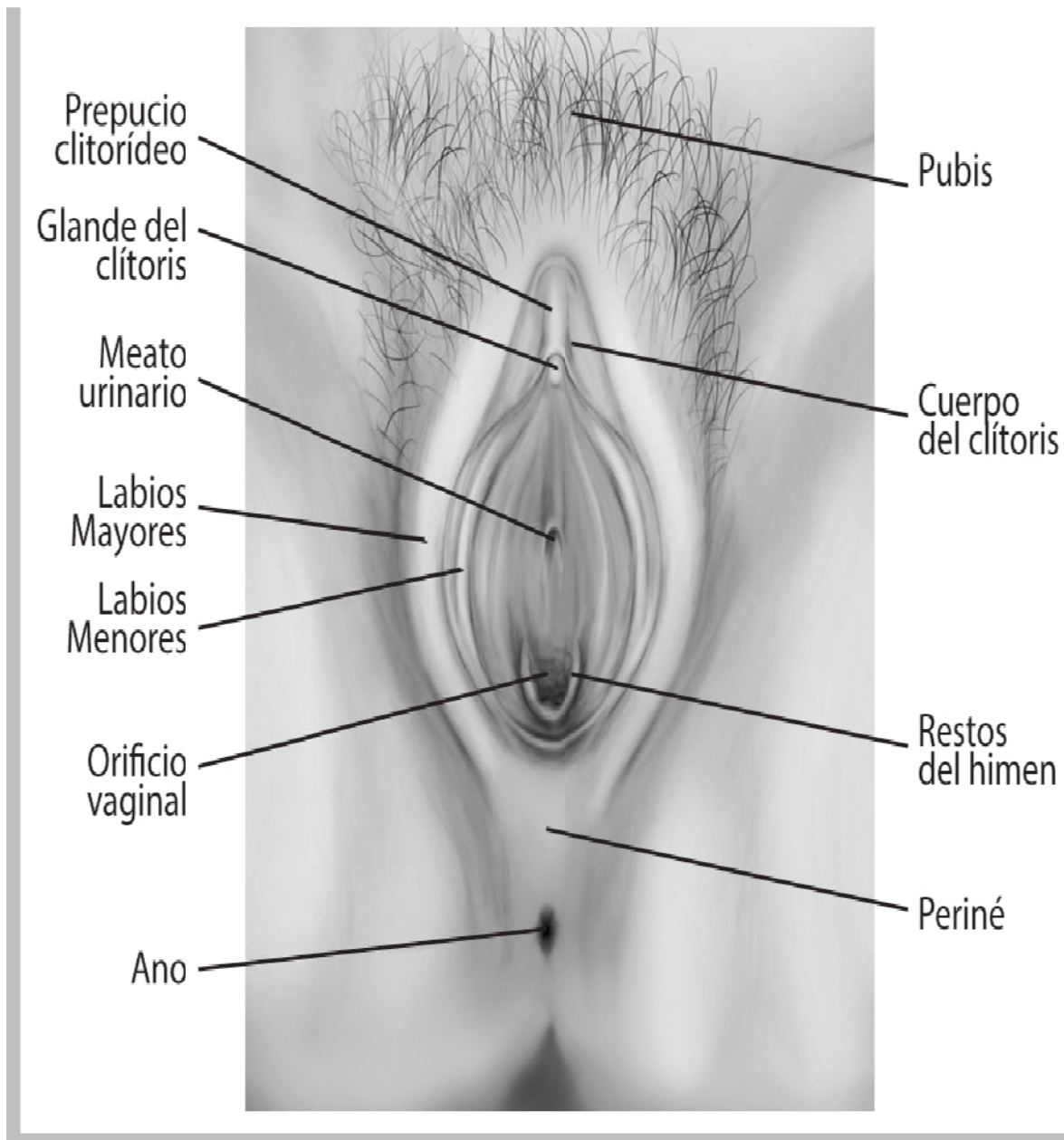
En el mejor de los casos, nuestro dibujo se parecerá al de una monografía, y el útero se dibujará, como una especie de pera gigante vista de frente. Y no como realmente es: de solo 8 centímetros y no está parado, sino acostado. Como si a la altura donde comienza el vello púbico te pusieras una pera, con la parte delgada hacia abajo, y luego la acostaras, y la parte delgada hacia tus nalgas y la gordita hacia el ombligo. Recuerda dibujar tu vagina y tu clítoris.

No te agobies, poco a poco te irás conociendo por dentro y por fuera. Además, el desconocimiento que probablemente tienes de ti no te es exclusivo de mujeres con disfunción sexual, sino de la mayoría de nosotras.

2.-Mira tus genitales: Para los varones es más fácil verse el pene, cuando se bañan y orinan, lo tienen expuesto y nosotras nuestra vagina es interna y lo más que vemos es el monte de Venus y el vello púbico.

En este ejercicio hay que tomar un espejo de mano, observar tu vulva y darte cuenta de que sientes. Ayúdate de las imágenes 1 y 2. No te preocupes si lo que ves no se parece a los dibujos. La apariencia genital, como la facial, varía enormemente de una persona a otra.

Imagen 1. La vulva



Busca un momento adecuado de preferencia cuando no haya nadie en casa y no sea posible que interrumpan y cuando no haga frío. Desnúdate y acuéstate

cómodamente en tu cama. Abre las piernas respira hondo y toma el espejo. Cuando estés lista mira tú vulva a través del espejo como lo muestra la imagen 2.

Imagen 2. Mi vulva en el espejo.



a) Explora tu vulva (espejo de mano): Comienza por el monte de Venus, la zona cubierta de vello que cubre. Ahora mueve los dedos hacia abajo y hacia el centro de los labios externos o los labios mayores, que también están cubiertos por vello púbico y que protegen a los labios menores o internos. Explora tus labios internos o menores, que pueden ser grandes o pequeños, estar completamente ocultos, o ser prominentes y colgar hacia afuera entre los labios mayores. Generalmente los labios menores se reúnen en lo alto con el cuerpo del clítoris, aunque en algunas mujeres eso no sucede. Busca tu propio cuerpo del clítoris,

que está recubierto por el capuchón o prepucioclitórideo, retira el capuchón y observa tu clítoris.

En tu libreta describe como te sentiste, que tan fácil te fue mirarte, ¿te criticaste o solo observaste para reconocer como eres en tu vulva?, relata si esta experiencia fue muy distinta de la anterior o si descubriste algo nuevo.

Hace tiempo se pensaba que en las mujeres la vagina era su fuente principal de estimulación exacta y ahora sabemos que es casi todo el cuerpo y que para la mayoría de las mujeres el clítoris es la fuente de placer más importante comentan Heiman & LoPiccolo, (1990).

b) Explora tu vagina: Ahora abre los labios internos para mirar la zona que rodea la vagina. Encuentra la uretra, la pequeña abertura por la cual sale la orina y que está por arriba de la abertura u orificio vaginal. Mientras lo observas intenta contraer el músculo que la rodea (músculo pubococcígeo). Si realmente lo haces verás un movimiento hacia adentro de la abertura vaginal, pero no te preocupes si no ves nada.

La zona que se extienden entre la parte inferior de la abertura vaginal y el ano se llama perineo. Suele ser allí donde se practica la incisión quirúrgica durante el parto (Heiman & LoPiccolo, 1990).

Hazlo con detenimiento, ¿De qué color son? ¿Qué tamaño tiene? ¿Cuántas partes distintas tiene? ¿Qué formas puedes apreciar? ¿Parece haber más humedad en unas más que otras? ¿Qué es lo que está sintiendo? ¿Qué olor desprende? Anota todo en la libreta.

Muchas mujeres adultas, incluso más maduras, estarán viendo por primera vez en su vida sus órganos sexuales externos/genitales.

Las reacciones pueden ir desde el asombro y la curiosidad hasta sentirse desagradablemente impresionadas y experimentar miedo, estupor, asco y repugnancia, Braun & Aldana, (2009). Probablemente sientas culpa también por "estar viéndote allí". Cada día que lo hagas la impresión será menor, siempre acompáñate de tu respiración ¡No dejes de respirar! Escribe tus impresiones en la libreta.

PARA IR RELAJANDO LA PELVIS

La danza y la música son útiles para regular la energía del organismo. Con ellas podemos transmitir con nuestro cuerpo emociones, como alegría o la tristeza...

Nos permiten la expresión y la regulación de las emociones, de allí que después nos sintamos muy bien. En otras palabras no hay mejor antidepresivo que la música y la danza, especialmente en los ritmos africanos en los que interviene la percusión.

Como meditación, por ejemplo en las danzas sufíes (que consisten esencialmente en girar sobre el propio eje y a través de este movimiento los bailarines alternan estados de conciencia y de éxtasis místico, mientras que su alma se desprende de las ataduras terrenales hasta acceder al reino de Dios, como comenta Villén (2009), o como forma de energización genital cuando se moviliza la pelvis.

Cuando creas que has dominado una experiencia pasa a la siguiente. Estas experiencias se van uniendo una a la siguiente. Al finalizar debes anotar los cambios que identifiques en ti, las emociones con las que hagas contacto, las sensaciones como cambios de temperatura, los pensamientos que aparezcan en fin lo que identifiques (Sanz, 2008).

Experiencia 20: Danza

a) Para moverse en libertad: Prepárate pon música preferentemente afrobrasileña, caribeña o africana (de percusión) o la que te agrade.

Cierra tus ojos si eso te ayuda a tomar conciencia de tus sensaciones. Utiliza la música para relajarte y déjate llevar, deja que tu cuerpo se mueva en libertad sin pensar los pasos que hay que dar, imagina que todo tu cuerpo es una goma flexible. Al principio tu cuerpo está rígido, pero vas a ir dejando caer la cabeza de un lado hacia otro, hacia delante y hacia atrás..., dejándola que se mueva con fluidez. Luego los hombros de arriba a abajo, en movimientos redondos..., las manos, dedos de las manos, el tórax, abre y cierra..., caderas, piernas, pies y dedos de los pies.

Juega con tu movilidad como si fueras una marioneta. Observa tus sensaciones, respira y exprésate a través de la música y el baile. Es bueno que también te permitas emitir sonidos, porque te ayudará a estar más en contacto con tus emociones.

En tu libreta deja el recuerdo de lo que fue para ti esta experiencia.

b) Danza para relajar pelvis: Continúa con el mismo tipo de música de percusión. Afloja tu cuerpo flexiona un poco tus rodillas, imagina que un lápiz desciende de tu vagina y con el escribirás sobre el piso, una línea, meneando tu cadera de atrás hacia adelante y viceversa, al ritmo de la música. Después de lado a lado, y al final intenta dibujar un ocho ¡y si puedes tu nombre en manuscrita!

Danza con los ojos abiertos o cerrados, como desees, si lo haces con ojos abiertos puedes observarte ante un espejo.

Toma conciencia de las sensaciones placenteras de pelvis y genitales, aflójalos, ¡no los aprietes! y respira.

Anota en tu libreta como te sentiste, que de nuevo descubriste, que diferencias notas en tu estado de ánimo al iniciar y al finalizar.

c) Rebote de pelvis: Acuéstate sobre una manta o tapete, con las rodillas dobladas y las plantas de los pies apoyadas sobre el suelo.

Escucha la música y marca el ritmo golpeando suavemente tu pelvis sobre el suelo, (sin lastimarte) levantándola y bajándola.

Notarás la sensación en pelvis y su zona interior -bajo vientre- e incluso genitales y ano.

Juega con los movimientos y cambia los ritmos, estos son para aflojar, energetizar y gozar, no para lastimarte y romperte la cadera.

Anota en tu libreta las sensaciones y emociones que experimentes en el ejercicio.

d) Para visualizar la energía sexual: El canal; con la misma posición (acostada), cierra tus ojos, concéntrate en tus genitales, dobla tus piernas, apoya bien tus plantas de los pies.

Respira lenta y profundamente, nota como se infla tu estómago al inspirar y se desinfla al exhalar.

Al exhalar deja salir el aire con un sonido, oye tu voz y la emoción que expresa. Visualiza (imagina) como si existiera un canal interior que comunica desde tus genitales hasta garganta -nariz-, un canal por el que pasa la energía.

Al inhalar imagina cómo el aire va de tu nariz a tu vagina por este canal. Y al exhalar, el aire va desde tu vagina hasta pasar por tu garganta y salir de tu boca con sonido (visualiza el aire cómo manifestación energética que entra fría y sale caliente).

Hay a quienes se les facilita imaginarlo al revés en las direcciones, agrega Sanz, (2008). Meter aire por vagina llevarlo hasta boca o nariz y expulsarlo de nuevo por la vagina.

Como en las demás experiencias anota en tu libreta.

PARA MOVILIZAR O DESBLOQUEAR PELVIS.

Aquí coordinaras respiración, visualización y movimiento. Recuerda que cuando creas que has dominado una experiencia pasaras a la siguiente. Estas también son acumulativas es decir la primera se suma a la siguiente y así sucesivamente.

Experiencia 21 Desbloqueando mi pelvis.

Realiza los ejercicios hasta que consideres que los dominas o que obtuviste conocimiento sobre tus sensaciones y después ve al siguiente. Recuerda que vas a tu propio ritmo y que cada ejercicio después se debe practicar.

a) Apertura-cierre: Añade la anterior del canal, comienza con la misma posición, sobre un tapete o en tu cama, cierra tus ojos, concéntrate en tus genitales, dobla tus piernas y apoya bien tus plantas de los pies.

Al inhalar, inflas tu vientre, dejando caer tus rodillas hacia afuera sin dejar de contactar con tus pies el suelo y visualiza cómo tus genitales se abren o ensanchan.

Sueltas la respiración soltando un sonido y vuelves a cerrar las piernas dejando las rodillas paralelas y las plantas de los pies apoyadas, notando cómo la vagina se cierra y contrae.

Repite y agrega la visualización del canal. Al inspirar imagina que el aire entra, como una energía, de tu garganta, a tu pecho, a tu abdomen, hasta llegar a

tus genitales que se van abriendo o ensanchando; y al soltarlo, sale de tus genitales hasta pasar por tu garganta y salir de tu boca. Intenta también el sentido inverso y anota lo que te parezca importante en la libreta. Practica más veces este ejercicio y anota en tu libreta como te sientes al realizarlo.

b) Pelvis adelante-atrás 1: Al inhalar, mantienes las nalgas apoyadas en el suelo pero haces hacia atrás ligeramente la pelvis a la vez que inflas tu vientre. Al exhalar desinflas vientre y levantas ligeramente la pelvis. Agrega "visualización de canal": Inspiras... inflas vientre...llega aire a los genitales... pelvis atrás. Exhalas... desinflas vientre... sale aire con sonido... pelvis adelante (Sanz, 2008).

Practica y anota los cambios si es que hay en tus sensaciones.

c) Pelvis adelante atrás 2: Estarás boca abajo. Inhalas... pelvis hacia atrás mientras sientes que se infla tu vientre.

Exhalas... pelvis hacia delante mientras se desinfla tu vientre... empujando suavemente el hueso del pubis contra el suelo o contra el cojín que te pondrás previamente.

Añade la visualización de tus genitales y el recorrido energético.

Identifica que sensaciones hay en tus genitales, si observas algún cambio en ellos y anótalo en tu libreta.

d) Pelvis adelante-atrás 3: Hagamos que tu pelvis trabaje estando de pie con este ejercicio que propone Lowen & Lowen, (2000). Utiliza esta posición: piernas ligeramente separadas, los pies en paralelo más o menos a la distancia de los hombros (unos 30cm), las rodillas ligeramente flexionadas, con el peso de tu cuerpo sobre la mitad delantera de tus pies. Los hombros caídos, el pecho blando y el vientre suelto hacia fuera. Coloca tus manos en la cintura.

Apóyate bien sobre la planta de tus pies y deja el cuerpo flexible. Haz el mismo movimiento de las experiencias anteriores (pelvis adelante y atrás). El movimiento debe tener lugar principalmente en la pelvis y mínimamente en el resto del cuerpo.

Recuerda escucharte y añadir visualización de los genitales y el recorrido energético.

A este mismo ejercicio puedes agregar la variante de círculos en las caderas hacia el lado derecho y después de unas 6 veces hacia el lado izquierdo.

Al finalizarlo puedes reflexionar sobre lo siguiente como:

¿Estabas conteniendo tu aliento? Trata de seguir respirando con el movimiento.

¿Se tensó tu vientre? Si así fue, estabas cortando el paso al sentimiento sexual. Trata de permitir que tu abdomen permanezca blando.

¿Pudiste mantener el ano tu abierto y el fondo de tu pelvis relajado? ¿Te olvidaste de esas partes?

¿Fuiste capaz de mantener tus rodillas flexionadas?

¿Fuiste capaz de mantener tu peso sobre tus pies, o tendías a saltar?

¿Sentiste algún dolor o tensión en tus muslos? Estas áreas se encuentran muy rígidas en la mayoría de la gente.

¿Podrías integrar estos movimientos de pelvis, respiración, voz y visualización de energía a tus relaciones coitales?

e) Pelvis adelante-atrás 4: Utiliza la misma dinámica de combinar movimiento (pelvis atrás adelante), respiración y visualización, estando también sentada (Sanz, 2008). La posición es con piernas en flor de loto. No es fácil pero ayuda a tener algunas relaciones sexuales interesantes con la pareja. Aquí el movimiento de la pelvis es pequeño casi imperceptible.

También lleva a tu libreta tu experiencia en este ejercicio.

A partir de la siguiente autosensibilización queda prohibido el coito con penetración (relaciones sexuales) hasta que se indique lo contrario. Puede haber estimulación mutua placentera pero sin penetración.

AUTOSENSIBILIZACIÓN GENITAL

Los genitales (órganos sexuales externos), son una parte de tu cuerpo que merecen como todo el resto cuidado y respeto.

Amarlos como parte de ti supone aceptar bienestar y placer que te procuran, la riqueza de sensaciones, comunicación y conocimientos que aportan.

Ejercicios de Kegel

Son ejercicios pubococcígeos. El doctor Arnold Kegel sostiene que la debilidad y el escaso empleo de los estos músculos son un factor de la carencia de respuesta sexual femenina. Por lo tanto se piensa que el fortalecimiento del tono de estos músculos puede ayudar a producir orgasmos más vigorosos y satisfactorios, o al menos a producirlos. Produce placer y ayuda a conocer mejor los genitales y sus posibilidades dándote cuenta que tú decides como indica Kaplan,(1975).

Estos músculos son los que se contraen involuntariamente durante el orgasmo, pero el arte dice Braun & Aldana, está en controlarlos durante la relación sexual, en el momento en que tú lo desees.

Experiencia 22. Kegel

a) Retención de chorro medio de orina 1: Identifica tus músculos perivaginales. Ya en ejercicios anteriores has tenido un acercamiento con estos músculos, ahora cuando vayas a orinar siéntate sobre el excusado con las piernas abiertas e intenta detener el chorro de orina cuando más intenso sea. Aprieta y suelta no importa que no logres contener toda la orina. Lo importante es que

identifiques que parte cierras (evita hacerlo si te has aguantado las ganas de ir al baño, porque puede que experimentes dolor).

b) Retención de chorro medio de orina 2: Siéntate cómodamente. Inspira por la nariz e intenta contraer con fuerza la vagina, tratando de retener la orina. Aprieta todo el tiempo que puedas, y luego aflojas de golpe, relajando la vagina y soltando la orina.

En algunas ocasiones, cuando vayas a orinar, puedes hacer prácticas cortando el fluido de orina varias veces durante la micción (salida de orina).

Este ejercicio lo recomienda Sanz para reforzar esa musculatura en las mujeres, que al parir quedaron flácidas o que tienen pérdida de orina.

Repite las veces que vayas al baño, interrumpe el chorro de orina, cuida de solo contraer el musculo perivaginal o pubocoxígeo y no la mandíbula y la panza, que es usualmente lo que se hace. Después anota en tu libreta lo que has sentido al realizar el ejercicio.

c) Contracción-relajación: Cuando distingas las sensaciones de contracción y de relajación de tus genitales, incluye la respiración ordinaria.

Inspirar: contraes la vagina.

Espirar: aflojas y relajas.

Hazlo al ritmo de tu respiración, armónicamente. Practícalo también de manera algo más acelerada (en la respiración y la contracción-relajación); piensa que en las relaciones sexuales, la respiración es más agitada de lo normal.

Practícalo durante, 6 días seguidos de la siguiente manera.

1er día: Tantas veces como puedas y quieras al día. Pero cada vez sólo en series de 10 contracciones, al ritmo de una respiración agitada.

2do día: Igual las veces que quieras, pero aumenta a 20 series de contracciones en cada ocasión.

3er día: 30 contracciones varias veces al día.

4to día: 40 contracciones varias veces al día.

5to día: 50 contracciones varias veces al día.

6to día: 60 contracciones varias veces al día.

Para el 6to día podrás hacer aproximadamente, 60 contracciones por minuto (si lo has practicado acelerando tu respiración).

Con esto ya has conseguido: desbloquear tu vagina, sensibilizarla, movilizarla y empezar a instaurar un reflejo orgásmico.

Pasando estos 6 días, olvídate del ejercicio, tu vagina no tiene por que movilizarse necesariamente a este ritmo.

Práctica a partir de entonces solo cuando quieras sentirte o producirte placer. Esta es una práctica masturbatoria que espontáneamente en ocasiones utilizan las niñas.

Experiencia23: Contracción, relajación, respiración y pelvis.

En esta experiencia combina tres aspectos:

- ❖ Contracción (Kegel)/relajación de genitales.
- ❖ La respiración.
- ❖ El movimiento de la pelvis

Todo esto se coordina así:

a) Autoestimulación: Al inspirar (cuando se infla tu panza) contraes tu vagina mientras mueves tu pelvis hacia atrás. Al espirar o exhalar, aflojas la vagina y desplaza tu pelvis hacia adelante.

Al hacer estos tres aspectos al mismo tiempo te resultará algo complicado.

El movimiento es natural, debe ser muy pequeño. No hay que hacer grandes esfuerzos para realizarlo; es un movimiento muy sutil. Puedes colocar un cojín entre tus piernas para incrementar la sensación en tu vulva al rozar, con cada movimiento.

Anota en tu libreta tus nuevos descubrimientos o solo como te ha ido.

b) Dar y Recibir con genitales: A la combinación anterior de los 3 elementos, armonizarás otro más: la visualización del dar y recibir con los genitales.

Puedes realizarla en pareja de preferencia sin penetración, hasta después de la experiencia 25, o en solitario como las anteriores utilizando un cojín entre las piernas. Si decides hacerlo en pareja primero realízalo sola.

Si lo realizas en pareja ambos tienen que visualizar el intercambio de energías y pueden hacerlo con ojos cerrados o mirándose a los ojos.

Inspira lentamente por la nariz mientras contraes la vagina visualizando que absorbes a través de ella energía sexual del exterior o de tu pareja sexual y llevas las pelvis hacia atrás. Luego relajas la vagina soltando imaginariamente tu energía a través de él o hacia el exterior y desplazas tu pelvis hacia adelante.

Es un recibir y dar (absorbes energía sexual de tu pareja a través de sus genitales y al exhalar das tu propia energía sexual)

En todo momento deben centrarse solo en la visualización y sensaciones, sintiendo tus propios genitales y los de tu pareja (sin penetración). Según la posición en que estén será la amplitud de sus movimientos, por ejemplo si estás sentada en contacto con los genitales con las piernas entrelazadas alrededor del cuerpo de tu pareja, el movimiento será casi imperceptible.

Si lo estas realizando sola puedes acompañarte de una persona fantaseada, créala y tráela a ti. Y también puedes colocar un cojín entre tus piernas como antes ya antes se había recomendado.

Conversa con tu pareja sobre la experiencia, y después anótala en tu libreta.

Repite cuantas veces desees la experiencia ya sea sola o en compañía.

Este es un movimiento corporal que favorece el movimiento energético hacia el interior del cuerpo, las contracciones vaginales e incluso las uterinas. Y la sensación de orgasmo más interiorizado e integral, incluyendo genitales y el resto del cuerpo como comenta Sanz.

Experiencia 24: Retención de energía con Kegel.

Esta experiencia es útil para iniciarse en una vivencia orgásmica más interiorizada.

Inhala por tu nariz lentamente al mismo tiempo que contraes la vagina, visualiza que absorbes energía del exterior o de tu pareja sexual. Luego relajas los genitales soltando imaginariamente tu energía a través de ellos hacia el exterior o pareja.

Practica esto varias veces aumentando en cada inspiración la profundidad de tu respiración y la presión ascendente genital de la contracción. Notarás que gradualmente aumenta el ritmo respiratorio y la sensación de excitación.

Después haces una inspiración profundísima apretando con mucha fuerza tu musculatura genital y retienes el aire. Después vuelves a aflojar y a respirar.

Inicia de nuevo, respiras de manera normal, contrayendo y aflojando los genitales. Poco a poco vas acelerando la respiración haciendo más fuertes y prolongadas las contracciones al inspirar, y expulsando/aflojando más al espirar. Haces una profunda inspiración y retienes el aire manteniendo la contracción... mantienes más y relajas...

Práctica durante varios días para que vayas diferenciando todas las sensaciones. Puedes mezclar de la siguiente manera como sugieren Braun & Aldana: Contraer/relajar 10 veces... retener...

Respiración normal aumentando el ritmo de contracción/relajación 10 veces... retener..., etc.

Busca tu libreta y anota tus experiencias.

TOCARSE POR PLACER

Braun & Aldana opinan que muchas mujeres actúan como si su placer fuera una cajita musical, que entregan al hombre elegido para que él se haga cargo de hacerla sonar. El placer sólo se logra con el autoconocimiento. No puedes esperar a que otra persona sepa algo que tú no sabes, ni a que conozca tu cuerpo mejor que tú misma.

Si te enseñaron que masturbarse era pecado o cosa que una mujer casada y decente no hace, vete olvidando de esos consejos moralistas. Científicamente está probado que la masturbación es absolutamente normal, sana deseable para hombres y mujeres de cualquier edad, estrato social y condición civil. Si nunca te has atrevido hoy es hora.

Experiencia 25: Cita con el Placer.

Resérvate durante un día un par de horas en el que nada del mundo te perturbe (celular apagado, teléfono desconectado, sola en tu habitación, si es necesario pon aviso en tu puerta de no entrar, ni tocar...) tienes una cita con la persona más importante en el mundo "Contigo misma".

Toma un baño lento, elige música que te agrada, luz muy tenue o velitas; sírvete una bebida que disfrutes mucho, pon incienso, estrena o coloca sábanas limpias, consigue flores etc....Crea totalmente una atmosfera de sensaciones donde no haya lugar para los pensamientos que estorban. Cuando consigas todo esto, entonces métete a la cama, lo más cómoda que puedas, y comienza a tocar tu cabello, huélelo siente como es; cierra los ojos, toca suavemente tu cráneo, frente, cejas, pestañas, nariz, labios, mete tus dedos a tu boca y juega un poco. Recorre los lóbulos de tus orejas. Ve explorando tu cuerpo hacia abajo, nota la temperatura y textura de tu piel. Nota la diferencia de tu axila, con otras partes de tu cuerpo y contrasta algunas otras zonas del mismo modo.

Tárdate lo que quieras es tu tiempo. Recorre tu cuello, pecho, espalda, brazos, manos, dedos y continua bajando, ombligo, ingles, piernas, rodillas, pies, dedos de los pies. Solo hasta el final toca tus senos recórrelos suavemente, reconoce tu piel, recorre la aureola de tu pezón y quédate un momento y siente que sensación experimentas.

Por último ve hacia tus genitales buscando sensaciones, ¿Qué sientes?, experimenta con roses, presiones o frotamientos, solo identifica que sientes, juega sin miedo, con todo el cuidado que requieras. Acompáñate con tu respiración (profunda y suave). Las sensaciones que experimentes no necesariamente tienen que ser agradables, pueden ser raras o de otro modo. No importa, si te resulta incómodo o desagradable, detente, deja tu mano quieta sobre tu vulva, respira y ve que no pasa nada.

Repite la experiencia por completa solo que esta vez la consigna es que al llegar a los genitales, te centres solo en buscar y encontrar sensaciones agradables para ti. Averigua donde te gusta ser más tocada en los labios mayores, en los menores, las ingles, donde está el vello púbico, el clítoris. ¿En donde las caricias son más excitantes o placenteras? ¿Cómo debe ser esa caricia? Lenta, rápida, suave, con presión. Cuando encuentres la zona y el tipo de caricias que te producen placer, sigue estimulando hasta ver qué pasa. Repite mínimo 7 ocasiones o hasta que tú te sientas cómoda.

Registra en tu libreta como te has sentido, que de nuevo encuentras, describe tus sensaciones etc...

Acercándote a tus genitales

Siéntate cómodamente en tu cama coloca un espejo grande con el que puedas ver bien los genitales.

Experiencia 26: Tu vagina toma la punta de tu dedo meñique.

Cuida que nada te perturbe. Ahora que te puedes tocar sin sentirte culpable y que controlas el movimiento de tu vagina, es momento de con ella tomes la punta de tu dedo meñique.

Corta las uñas de tus dedos, manos limpias, utiliza un poco de lubricante, o saliva.

Mírate la vulva, has el recorrido de antes. Abre los labios mayores, los menores; observa tu anatomía: donde tienes el meato urinario, la vagina y clítoris. Nota diferencias en las diferentes formas de tocarte.

Coloca un poco de lubricante en tu dedo meñique, y coloca la punta de este en la entrada de tu vagina. Ahora ábrela y ciérrala (aprieta y suelta) como ya sabes con los ejercicios de Kegel, y permite que ella tome tu dedo. Relájate, pon

muy suave tu mano y brazo. No empujes deja que tu vagina lo tome sólo hasta la primera falange y después déjalo allí quieto.

Ahora haz otra vez los ejercicios de Kegel, para que se introduzca otra falange o más parte del dedo, en cuanto más sea mejor. Detente un momento respira, siéntete cómo eres por dentro las rugosidades, temperatura y lubricación. Después de un rato saca tu dedo con cuidado.

Anota en tu libreta cómo te sentiste es posible que para este momento experimentes mucha angustia, te sea difícil y no te salga cómo quisieras, pero toma en cuenta que hasta este momento todo ha sido "por fuera", y ahora ¡ha comenzado la penetración!

Metete un dedo a tu boca y juega con él, muévelo, ráscate por dentro: veras que no sangras ni rompes nada, porque la mucosa de la boca no es frágil, y las paredes de tu vagina tampoco lo son.

Experiencia 27: Tu vagina toma todo tu dedo meñique.

El dolor al que tenemos miedo es más emocional, que físico. Nuestros órganos no son tan pequeños y no son frágiles.

Busca estar tranquila a solas, con uñas cortadas, manos limpias, en un ambiente tranquilo, sin distracciones, si gustas puedes poner música suave y velas de aroma.

Concéntrate en la sensación de la textura de las paredes vaginales, que es nueva para ti y realiza la variante de los ejercicios de Kegel que desees. Cuando hayas finalizado, retira el dedo con cuidado.

Repite esta experiencia diariamente por una semana.

Si te das cuenta, tu vagina se siente como meter el dedo a la boca y sentir las paredes internas de tus mejillas pero con arruguitas. Habrás notado también la fuerza impresionante de los músculos de tu vagina (Braun & Aldana, 2009)

Experiencia 28: Tu vagina toma los demás dedos.

Si has hecho el ejercicio anterior con constancia y estas logrando perder el miedo. Entonces lo que sigue es más fácil.

En las condiciones de tranquilidad, que es habitual para los ejercicios, comienza a meter los demás dedos, uno a uno, al ritmo que necesites. Se recomienda seguir con el dedo índice, tal vez un día sólo la primera falange y al día siguiente todo el dedo. Luego el dedo anular, y por último el dedo medio. Un dedo al día y deja que la vagina sea quien lo absorba, sin empujarlo y usando gel.

Cuando entra sin dificultad alguna el dedo, intenta hacer el ejercicio Kegel, llamado "el elevador": imagina que los pliegues de tu vagina son los distintos pisos de un edificio. Ahora tensiona cada sección lentamente, como si subieras por un elevador: Sube al primer piso, quédate un segundo, y pasa al segundo nivel, y hasta donde puedas o 5 pisos. Luego haz el mismo camino de regreso, haciendo pausas de un segundo en cada sección, y cuando termines trata de ir empujando los músculos hacia abajo como si pujaras para dar luz. Luego relaja todos los músculos (Braun & Aldana, 2009).

Tu abdomen debe estar relajado y tu respiración deber ser tranquila. Repite por unos 3 días.

Si en algún momento sientes dolor no retires el dedo abruptamente, déjalo respira suavemente y el dolor irá disminuyendo hasta desaparecer.

Recuerda anotar toda tu experiencia en la libreta.

Experiencia 29: Introduce un objeto suave.

Esta experiencia puede ser más sencilla o más difícil depende de cada mujer.

Esta vez trata de introducir, con gel lubricante un objeto pequeño y suave. Por ejemplo: Un tampón, una manguera de látex delgada, un guante de látex con un dedo relleno de talco bien cerrado, un dildo pequeño... Lo importante es que el objeto sea suave, pequeño, inofensivo, delicado, algo flexible y limpio para evitar infecciones. Déjate guiar por tu imaginación y también por tu sentido común.

Colócale gel y si quieres puedes empujar si lo deseas, pero delicadamente, sin forzarte. Cuando logres introducir el objeto, haz Kegel por unos minutos.

En todo momento recuerda anotar tus experiencias en la libreta. Es importante documentar lo que vayas sintiendo para que te vayas dando cuenta de tus avances y cambios.

IV. Cómo compartir los descubrimientos con nuestra pareja

Quizá no hayas experimentado todavía tu primer orgasmo, pero esto en realidad no es lo principal. Lo importante es que hayas aprendido a proporcionarte un nivel bastante elevado de placer sexual.

Para quienes el objetivo ha sido la penetración vaginal, esta pareja se ha “genitalizado” en exceso. Ahora que puede ser penetrada puede haber todavía dolor. Hay que hacer un camino inverso a la “Desgenitalización” de la relación como sugieren Braun & Aldana. Y los siguientes ejercicios ayudarán a esto.

Experiencia 1: Masaje como relación sexual "Masaje sensual".

Probablemente tú y tu pareja se están perdiendo buena parte de las buenas sensaciones y sentimientos que pueden obtener tocando diferentes partes de su cuerpo.

Los ejercicios de masaje se denominan sensuales por que estimulan a ambos a apreciar sensaciones y sentimientos que van más allá de lo meramente sexual o genital.

No se especificará ninguna técnica de masaje, pero se aportan sugerencias específicas para ayudarles a que experimenten la mayor satisfacción posible y dejándoles la total libertad para improvisar sobre la base de lo que hayan aprendido.

1. Creen un clima adecuado para el masaje, preparando el ambiente tan relajante y romántico como lo deseen. Asegúrense de que la temperatura sea favorable para estar desnudos y que la luz no deslumbre. Si gustan pueden poner música suave, velas e inciensos.

Elijan una hora que les permita tener intimidad y pasar tiempo juntos sin interrupciones (de 1 hora a 30 minutos). Pueden hacerlo antes de irse a acostarse pero si están muy cansados esto puede ponerlos nerviosos y disminuir su capacidad de disfrutar la experiencia.

3. Antes de iniciar procuren hacer algo juntos. Pueden comer juntos, conversar o bañarse.

4. El objetivo es incrementar el placer de la mujer y su conciencia de la reacción de la pareja ante la estimulación física (no necesariamente genital).

Se turnarán para dar y recibir el masaje respectivamente. Aunque puedas empezar a sentirte excitada, el objetivo no es éste, de manera que no debes tratar de excitarte sólo disfrutar del placer. Las primeras veces, deben acariciarse todo el cuerpo, sin tocar vulva, vagina y pechos de la mujer. Y obvio sin penetración anal o vaginal.

Explórense con el mismo detenimiento que en la experiencia de autosensibilización. Recuerda que es un masaje sensual y no de fricciones, de modo que prueben toques ligeros, caricias, distintas presiones de suaves a fuertes. Prueben con distintas texturas (flores, plumas, telas suaves, saliva, cremas, labios, codos... etc.) y temperaturas.

No se den el masaje al mismo tiempo, tu primero das y luego recibes o viceversa. Cada uno debe centrarse y relajarse para recibirlo y en ningún momento dormirse. Si llegara a ocurrir la próxima vez haga lo posible por hacer este ejercicio cuando no estén cansados.

5. Es importante que se digan que es lo que les agrada y lo que no.

Quien recibe debe tratar de decir lo que siente: «Qué rico, un poco más suave, cuidado, clávame un poco las uñas, más lento, mmm, sí así sí» con la frecuencia necesaria para quien lo hace reciba una estimulación más placentera. A su vez quien da, puede ir preguntando, qué es lo que siente o donde quiere ser acariciada(o), si no está segura(o) de lo que le gusta a la otra persona.

Es importante ser claros en lo que les gusta o no, la comunicación permite que cada uno de y reciba placer de una manera más personal y significativa. Saber lo que les agrada ayuda a hacer que cada masaje sea menos rutinario, más espontáneo e íntimo.

6. En la tercera o cuarta sesión, pueden incluir el masaje de pechos, pero continúen explorando los diferentes toques que cada uno de ustedes prefiera.

7. Gradualmente hasta el quinto o sexto masaje o cuando les resulte oportuno, pero no antes, empiecen a incluir los genitales. Y hasta este punto la consigna es darse placer no excitación.

Al incluir los genitales suelen olvidarse del resto del cuerpo, procuren incluirlos como una fuente más de placer y no dedicarle más tiempo del que le hayan dedicado a cualquier otra parte del cuerpo.

8. En el momento de recibir el masaje procura concentrarte en lo que sientes en el lugar donde te tocan, y quédate con esos sentimientos y sensaciones. Si te distraes, sigue mentalmente los movimientos de tu pareja.

Al recibir no tienes más responsabilidad que disfrutar y comunicar con claridad (verbal o no) lo que te gusta, no gusta o gustaría más.

Si en algún momento en las sesiones de masaje sensual no van bien o aunque vayan bien si te apetece puedes probar algo diferente o probar lo siguiente: En lugar de dar placer, da el masaje de manera que te de placer a ti. La única restricción es que no hagas nada que le moleste o cause dolor a tu pareja.

El que recibe podrá relajarse y concentrarse en lo que siente sin guiar. Heiman & LoPiccolo(1990), piensan que hacerlo de esta manera, al estilo libre reducirá la ansiedad si es que la experimentaban.

Todas estas sugerencias han resultado útiles para otras parejas.

Otras cosas que puedes agregar, son aceites, cremas, talco, lociones que modifican el tacto y hasta las temperaturas, para los genitales solo utiliza lubricante estéril, en las Sex shop existen lubricantes que dan sensación de calor y los que dan la sensación de refrescar.

Toma en cuenta que tu estado de ánimo, el cansancio, estar preocupada, o enojada con tu pareja interferirá en la experiencia. En ocasiones podrás superar

esto y en otras no. Si en algún momento percibe la experiencia como desagradable o incluso incómoda, interrúmpala y procure hablar con su compañero de la interferencia. Según Heiman & LoPiccolo esto dará oportunidad de compartir con él tus sentimientos y empezar a hacer frente a posibles dificultades.

Experiencia 2: Tocarse por placer compartido

Continúa con la repetición de las experiencias "Tocarse por placer" (sinónimo de autoerotismo o masturbación), con o sin introducción de dedos u objeto eso lo decides tú, para que sigas aprendiendo que es lo que te da gusto. Lo que está prohibido es la penetración con el pene hasta que se indique lo contrario.

Ahora esto supone un nuevo reto, porque poco a poco, le irás enseñando a tu compañero que clase de estimulación son las que te dan placer. Sigue la secuencia del apartado "Tocarse por placer".

Al principio puedes limitarte solo a platicarle lo que te agrada, sobre los tipos de estimulación que necesitas (ya sea con vibrador estimulación manual o ciertas presiones y caricias) y después prueba tocarte por placer en presencia de tu pareja. También tu pareja puede compartirte sus pautas de masturbación.

Esta es una oportunidad única para que cada uno de los dos aprenda qué formas tiene el otro de darse placer corporal, y así puedan después aprender a dárselo recíprocamente.

¿Qué sientes ante la idea de tocarte frente a tu pareja?, A muchas personas esto les parece incómodo y vergonzoso, pues nos enseñaron que esto no debe hacerse frente a otra persona. Por ahora, sea cuál sea tu sentir aún así es diferente a los que hemos mencionado, puedes estar segura de que es natural tener emociones contrapuestas cuando se trata de compartir tus cambios.

La característica más importante de las experiencias sexuales que tengan en el futuro es que ambos intenten darse aliento y apoyo mutuo (tanto físico como emocional), y que compartan el sentimiento de formar parte del mismo equipo. Dar apoyo significa ofrecer comprensión y estímulo sin presiones ni críticas.

Lo primero que tendrán que hacer es decidir si quieren o no intentarlo, hablen de todas las expectativas y aprensiones que puedan tener. Pueden probar con las siguientes sugerencias: Imaginen que se tocan por placer cada uno en presencia del otro. ¿Qué crees que te preocuparía? ¿Qué crees que le preocuparía a tu pareja? Compartan sus respuestas, si le atinaron a lo que al otro podría preocuparle, no tiene importancia, lo importante es que intercambien sus preocupaciones, miedos (sobre lo peor y lo mejor que podría pasar). Hablen sobre lo que piensan del autoplacer (masturbación), si lo consideran recurso de emergencia, hablen del tema y de la posibilidad de incorporarlo a sus encuentros sexuales.

En esta experiencia no se espera que ninguno de los dos excite sexualmente al otro, sino que cada uno, facilite al otro todo el proceso para autoexcitarse.

Estas son algunas sugerencias que les pudieran venir bien a ustedes para tocarse por placer (autoerotismo o masturbación) con su pareja.

1. Dispongan juntos el escenario de la sesión y prepárense para ella. Ya sabes con luz tenue, musiquita, aromas, etc.
2. Los dos desnudos o semidesnudos. Pueden desnudarse uno al otro y tomar una ducha. El agua caliente y la espuma los va a relajar. Si no se quieren bañar, desvístanse uno al otro, lentamente y acariciándose.

3. Empiecen un intercambio recíproco de placer: un abrazo, beso, caricias en la cara y cuerpo. Concéntrense en sentirse bien y en las sensaciones de su cuerpo. Ahora el hombre (pareja) debería ser el primero en demostrar cómo se masturba, se excita y alcanza el orgasmo. Cuando la mujer está lista, puede empezar a mostrarle a su compañero cuáles son las formas de tocarse que le dan placer. Esto en el mismo día o puede ser en otro.

El acompañamiento que cada uno necesita del otro puede ser diferente. Por ejemplo puede que su pareja la quiera tocar, la quiera tener abrazada o simplemente que se recueste a su lado. Haz lo que te resulte más cómodo, y pregúntale que prefiere él.

4. Presten atención a los movimientos del compañero/a, las partes del cuerpo que acaricia y a la forma en que se toca.

5. Terminen la sesión con alguna demostración de afecto mutuo, y después hablen, confiándose uno al otro que han sentido durante el ejercicio. Háganse preguntas sobre todo aquello que no están seguros. Por ejemplo "muéstrame cómo te acariciabas el clítoris", " ¿Te metiste los dedos en la vagina? ¿Hasta dónde?, o bien "me ha parecido que te has quedado mucho tiempo en el escroto", "enséñame con cuanta fuerza te apretabas el pene".

Si deciden repetir la experiencia, aprovechen para mejorarla y jugar más. Fíjense que hacen de diferente cada próxima vez. Es importante que se den cuenta de que tienen necesidades y respuestas diferentes, y de que nadie responde exactamente igual durante diferentes experiencias sexuales.

Posibles dificultades

Algunas mujeres se les hace difícil experimentar placer en los ejercicios. O se distraen con la presencia del compañero, o les preocupa la reacción de él ante sus respuestas sexuales.

Si esto te ocurre, puedes hacer frente de la siguiente manera. Tu pareja puede ponerse en una posición en la que te distraiga menos y apoye más, por ejemplo detrás de ti y abrazándote, pero si esto te distrae también solo indícale como se quede cerca. Otra técnica es que cierres los ojos y te dejes llevar por una fantasía... Hasta puedes imaginar que estás sola.

Puedes autoerotizarte (masturbarte) estando sola, y tu pareja en la habitación de al lado, y cuando te sientas excitada indicarle que venga a estar contigo.

Busca placer, no ir tras la excitación eso complicaría las cosas. No es necesario que tengas orgasmos. Sólo siéntete cómoda mientras le enseñas a tu compañero lo que te gusta.

Disfruta lo que puedes hacer, y no caigas en la trampa de juzgar el proceso con "deberías" (ni dejes que tu pareja lo haga).

Por otra parte hay mujeres que no se les dificulta tener placer, ni excitarse e incluso tuvieron orgasmo. Si este es tu caso ¿Te ha sorprendido el orgasmo?, ¿Te ha gustado como reaccionó tu pareja ante tu placer? si es así díselo, hazle saber de qué manera te ha apoyado a encontrarte bien como para poder expresarte sexualmente en su compañía.

Algunas parejas no saben cómo reaccionar ni están seguros de lo que sienten, ante la excitación o el orgasmo de su pareja. Es común que se sientan torpes o excluidos, aún si antes han hablado, y no se esperaba está reacción.

A otras parejas les puede preocupar que ahora la sexualidad de ella se vuelva insaciable. Y sientan miedo, por su propia inseguridad sobre su desempeño. Ideas acerca de que no la pueda satisfacer y ella busque a otras parejas.

Este temor puede también estar presente en la mujer, que una vez liberada su capacidad orgásmica, jamás estará sexualmente satisfecha, cosa totalmente errónea. Según lo visto en las parejas que han llevado este proceso, la frecuencia de los contactos sexuales y la elección del compañero sexual no se relaciona con su capacidad sexual.

Lo que cambia es la cantidad de placer que ambos obtienen de cada encuentro sexual. El aumento de satisfacción sólo parece relacionarse en parte con el hecho de que la mujer libere su capacidad orgásmica, y con la mayor confianza entre ambos y con la capacidad de comunicarse mutuamente sus necesidades sexuales (Heiman & LoPiccolo, 1990).

Experiencia 3: Toma con tu vagina su pene.

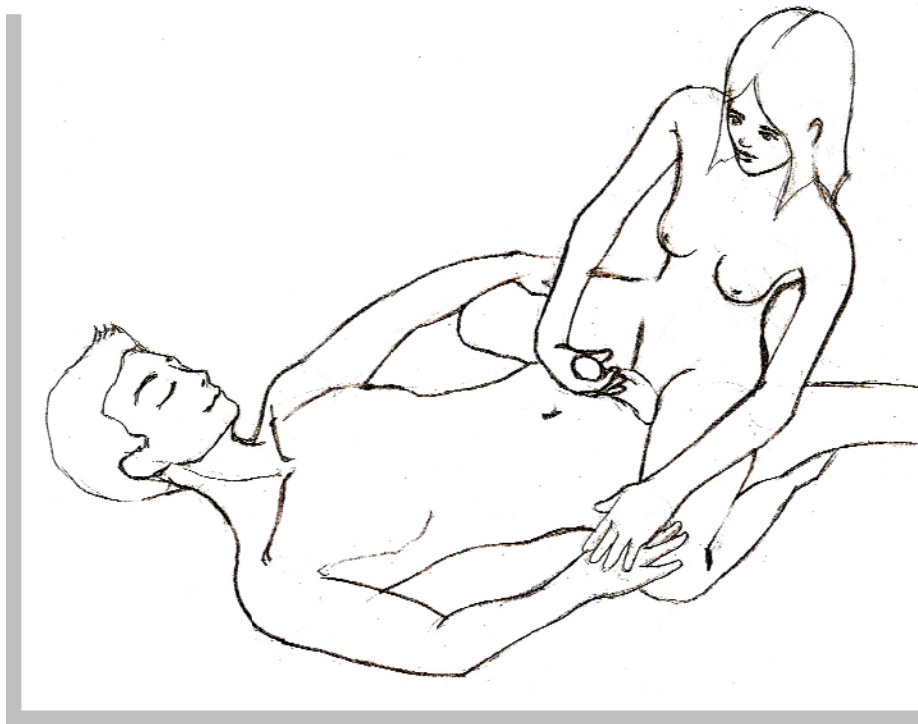
Antes es importante que hablen sobre un método anticonceptivo o uso de preservativo. El temor por quedar embarazada o por alguna de las infecciones de transmisión sexual, puede competir con la excitación, así que si es su caso prevean antes, lo que utilizaran o no.

Dile que se acueste boca arriba, ponle gel en el pene, súbete y arrodíllate con las piernas abiertas. Puedes con una mano apoyarte sobre su pecho, sobre una almohada o la cama como te acomodes y con la otra mano rodea su pene.

Dirige su glande (cabeza del pene) hacia tu orificio vaginal (la entrada de tu

vagina), respira profundo, y abre y cierra la vagina como ya sabes, igual que como hiciste para tomar tus dedos y los objetos, dejando caer tu peso sobre el poco a poco, según como vayas abriendo tu vagina. En esta postura es imposible que él te penetre si tu no lo deseas: tú tienes todo el control, la fuerza mantenla en los muslos y mantén lo más relajado posible los músculos que rodean a la vagina. Si notas que él está perdiendo la erección, mueve tu mano de arriba abajo con su glande en tu orificio vaginal, para ayudarlo a excitarse como se observa en la imagen 3.

Imagen 3. En cuclillas sobre él.



Otra postura que puede funcionar según Braun & Aldana es la clásica del misionero, él encima de ti y tu abrazando sus caderas con tus piernas, pero se necesita que él tenga brazos fuertes, porque es importante que no deje caer su cuerpo sobre ti, ni que empuje su pene hasta que tú lo le digas y con la velocidad que tú le indiques. Esta postura es muy cansada para ellos y muy buena para ti si confías en tu pareja porque te permite relajarte más. Si él mantiene la postura y la

erección, entonces puedes ir abriendo y cerrando tu vagina, para tomar su pene muy lentamente, indicándole cuándo empujar su pene un centímetro o menos y cuándo detenerse.

En cualquiera de las posturas que elijas utiliza mucho gel lubricante y recuerda que no solo él tiene que estar excitado también tú. Puedes valerte de fantasear, o pídele que te toque los senos, que te bese, que te diga lo sexy que eres... esto ayudara a que lubriques y el pene resbale más fácil dentro de ti. Si sientes que se atora recuerda que es tu musculo pubocoxígeo que puedes abrir y cerrar a voluntad. Respira hondo, ábrelo y déjalo entrar. Después solo quédense así no se muevan. Fíjate como está adentro y no pasa nada. Si duele o arde un poco puede que se deba a que no estás muy lubricada, pero no es grave, coloca lubricante.

Si lo deseas puedes jugar con variantes de Kegel, abrir y cerrar rápido o lento o por momentos. O esto mismo lo puedes hacer en una siguiente ocasión. Cuando te canses relaja los músculos perivaginales, levántate con cuidado o pídele que salga.

También a tu pareja le puedes enseñar como el haga ejercicios de Kegel con el mismo procedimiento que tu aprendiste, reteniendo el chorro medio de orina y demás.

Experiencia 4: Incorporando la penetración

Hasta ahora la terapia sexual ha supuesto una serie de tareas, algunas divertidas otras aburridas, enfadosas, estresantes y hasta difíciles, que hay que hacer para “curarse”. Las relaciones sexuales se han privado de ser espontaneas para ser controladas bajo una serie de reglas.

Preparen un encuentro en pareja como el de la sesión de masaje sensual, rodéense de estímulos sensoriales, dispongan de tiempo y calma. Si pueden

háganlo fuera de casa como si fuera su luna de miel. Tu pareja debe de tener claro que aún no puede empujarte a la penetración y ni moverse dentro de ti si ya lo ha conseguido. Explícale que actitudes te causan temor y cuales te tranquilizan. Braun & Aldana recomiendan que hablen de esto antes de iniciar. Después solo relájense y dejen que todo fluya, amplíen las caricias lo más posible, descubran el cuerpo uno del otro, para que si hay penetración esta ya no sea la tarea ni la meta a alcanzar, sino un paso más de ese todo que son las relaciones sexuales.

Experiencia 5: Permite que él se mueva dentro de ti

Ha llegado el momento de “normalizar” el coito... pero con ciertos cuidados.

Permite a tu pareja que se mueva dentro de ti. Intenta dejar al miedo lejos si es que lo sientes, y dile cómo te gusta o cómo te sientes más cómoda. Movimientos rápidos, muy lentos, bruscos, delicados, largos, cortos, en círculos. Puedes querer que salga y que vuelva a entrar o solo este dentro. Las posibilidades son infinitas, lo importante es que vayan explorando juntos. Si sientes miedo y dolor hazlo todas las veces que quieras hasta que no sientas ninguna de las dos.

Ya has llegado hasta aquí, y debes confiar en ti, en todas tus potencialidades para dar y recibir placer. Incorpora lo que has aprendido aquí, a tu alcoba y a tu vida diaria. Si gustas puedes regresar a hacer ejercicios que quieras perfeccionar o volver a disfrutar. O enseñar a tu pareja algunos de ellos. El límite es tu creatividad y tu disposición para recrear el placer.

A continuación encontrarás algunas posiciones que puedes implementar para ampliar tu repertorio erótico y descubrir nuevas formas de compartirte en el placer. Y terminado el tema de explorar otras posiciones sexuales encontrarás, como prevenir las disfunciones sexuales y un cuadro en el que podrás ver específicamente para que estén diseñadas las experiencias o ejercicios que realizaste.

V. Explorando otras Posiciones Sexuales

Algunas posturas favorecen la penetración profunda más que otras; mientras hay otras que permiten mayor o menor control de los movimientos. Curiosamente a las mujeres con dispareunía (dolor) prefieren ser ellas las que se muevan y su pareja permanezca inmóvil.

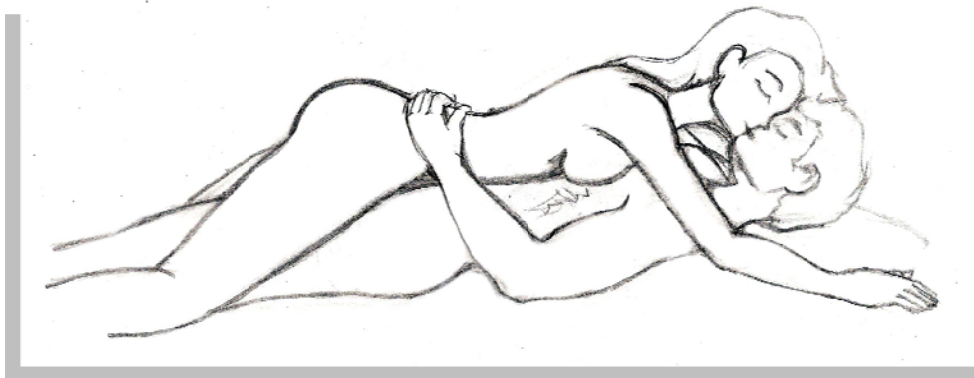
La única manera de saber cuál postura es la que te resulta mejor y más cómoda es probando así que aquí te dejamos algunas de las muchas posiciones que puedes probar.

- ❖ Misionero al revés: Tú acostada sobre el hombre (ver imagen 4). Es una posición cómoda para ti, además de que tu clítoris queda en contacto con su vientre, por lo que puedes estimularlo fácilmente.

Mientras tu pareja puede acariciarte las nalgas o abrazarte con fuerza, pero con la garantía de que tú tienes el control.

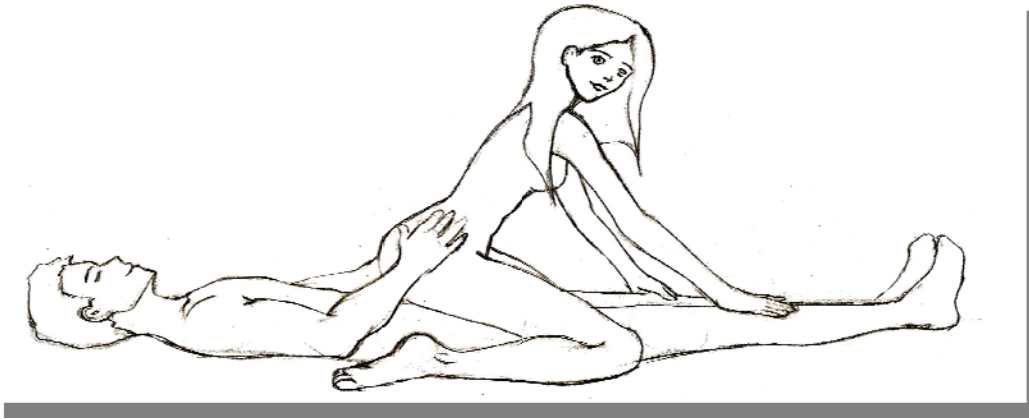
La desventaja es que no puede tomar el pene con las manos, sino que debes de poner tus manos sobre la cama y empujar tu cuerpo hacia abajo para mantener el pene en la entrada de tu vagina y dejar que vaya entrando.

Imagen4. Misionero al revés.



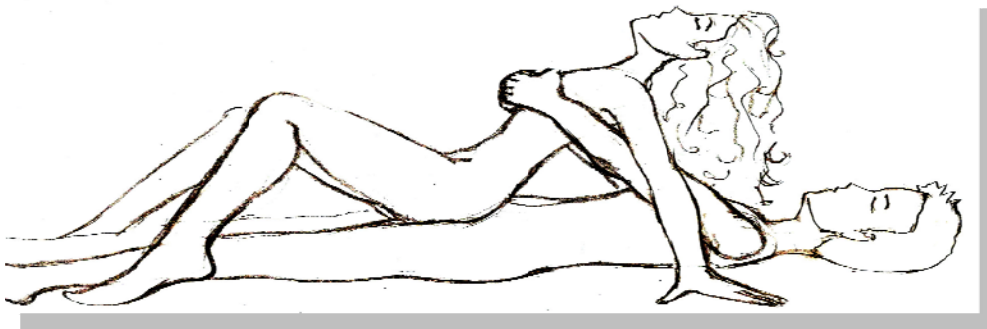
- ❖ Una variante de la primera postura que intentaste anteriormente. Arrodillada sobre él hasta quedar sentada, solo que esta vez dale la espalda (ver imagen 5). De nuevo, tienes todo el control, puedes tomar su pene con la mano hasta introducirlo y después relajar tu peso sobre el de tu pareja, quien tiene la libertad de tocar tu espalda y nalgas. Es posible que verte de espaldas le excite mucho y esto le ayude a conservar su erección.

Imagen5. Variante I.



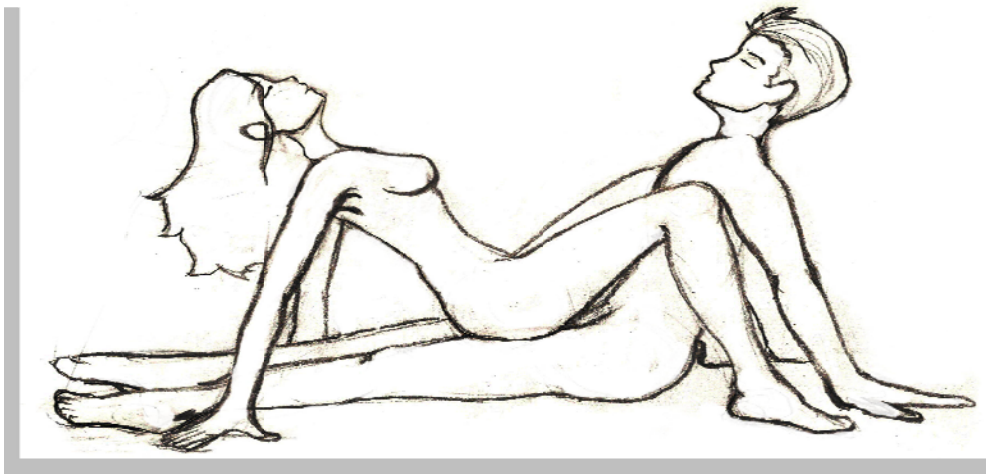
- ❖ Esta postura se transforma de la siguiente manera donde el pene no entra tan profundamente (ver imagen III). Ya que estas sentada sobre tu pareja dándole la espalda, hechas el cuerpo hacia atrás y te detienes con las manos sobre los hombros de tu pareja, mientras acomodas tus piernas hacia el frente y flexionas las rodillas.

Imagen 6. Variante II



- ❖ Lo mismo pero cara a cara, es otra variante que puedes intentar (ver imagen 7). Siéntate sobre él y, una vez que el pene este dentro, pide a él que levante el tronco, hasta que quede casi sentado, deteniéndose con los brazos extendidos hacia atrás y las manos sobre la cama. Al mismo tiempo tú te echas hacia atrás un poco apoyada sobre tus manos o los antebrazos y echas las piernas para adelante, levemente flexionadas.

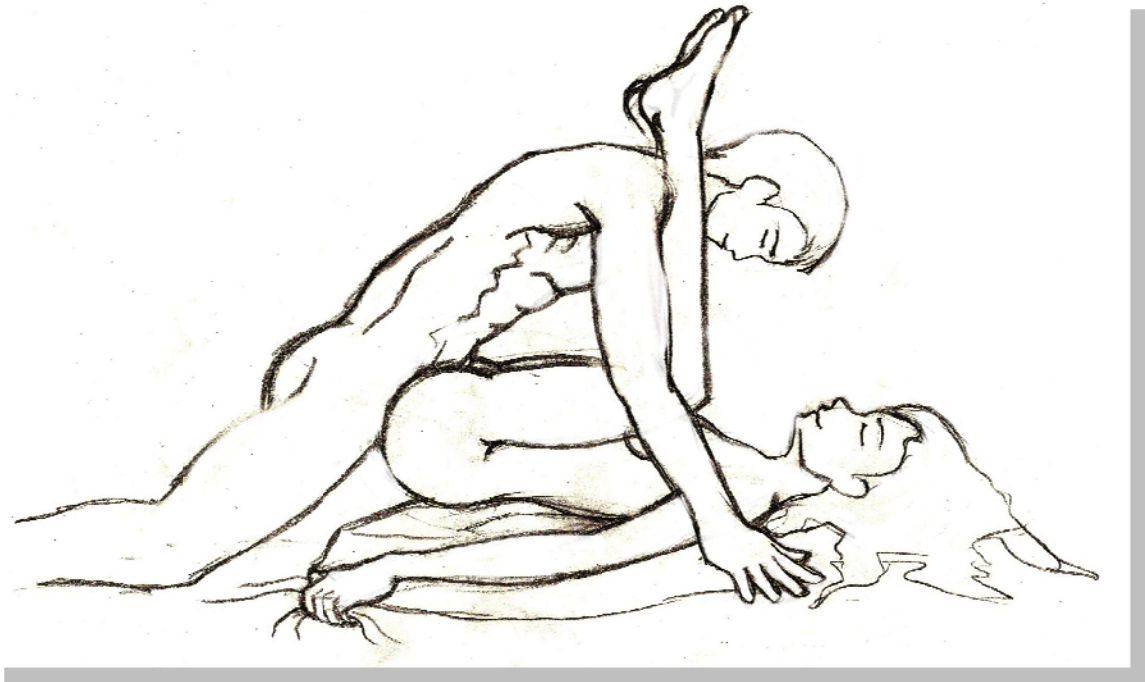
Imagen7.Variante III



Si después de haber practicado estas posturas confías más en tu pareja; en que no va a hacer ningún movimiento brusco o precipitado y en ti misma ¡Ve por las demás! Ahora él tendrá el control.

- ❖ Partiendo de la postura del misionero, con él arriba de ti y con el pene dentro de tu vagina, subes las piernas a sus hombros (ver imagen 8). Él debe apoyarse con las manos sobre la cama para sostener el peso de su cuerpo, mientras tú simplemente te relajas. Esta postura permite mayor profundidad sentirás sus testículos sobre tus nalgas, lo que puede proporcionar mayor excitación. La desventaja es que debes ser flexible y resulta cansada e incómoda si se dura mucho tiempo.

Imagen8. Piernas sobre los hombros.



- ❖ También a partir del misionero, una vez el pene dentro de tu vagina eleva un poco las caderas y estira las piernas apoyando los talones en los hombros de tu pareja, quien se incorpora hasta quedar de rodillas(ver imagen 9). Él puede tocar tu clítoris o detenerse abrazando tus piernas, y moverse con el ritmo que quiera. También exige cierta flexibilidad y de que te relajes.

Imagen 9. Caderas elevadas



- ❖ De la postura donde estas sentada sobre él de cara a cara le dejaras el control a él como se observa en la imagen 10. Para ello, primero él debe estar recostado sobre un cojín grande para que tú te montes sobre él como ya sabes. Cuando el pene éste dentro de tu vagina, él debe flexionar las piernas para que tú recargues en ellas tu espalda, y luego subes las piernas y flexionas tus rodillas sobre los hombros de él. Una vez así la fuerza de gravedad hará su trabajo y todo el peso de tu cuerpo caerá sobre tu pareja, con lo que la penetración será muy profunda, pueden hacer Kegel ambos.

Imagen 10. Penetración profunda.



- ❖ Otra postura es la de cucharita (ver imagen 11), cedes un poco el control pero ganas la comodidad de estar acostada de lado, con tu pareja detrás de ti, acoplados como dos cucharitas. Sube una pierna sobre la cadera de él y cuando entre el pene jálate hacia abajo sujetándote con la mano sobre la corva de su pierna, que deberá quedar doblada sobre la tuya. En esta postura él tiene bastante libertad para mover la cadera y tocarte al mismo tiempo. La desventaja es que el pene se saldrá con facilidad.

Imagen11. Cucharita.



Las siguientes posturas son fáciles placenteras y aquí ambos marcan el ritmo de la penetración.

Imagen 12.Sentados



❖ Él se sentara en la esquina de la cama o en una silla, tú te montas mirándole de frente, te levantas un poco sobre tus pies, tomas su pene con tu mano y lo introduces, dejando después caer tu peso sobre tu pareja. Esta postura permite que se miren cara a cara, que se abracen y se besen al tiempo que puedan moverse juntos o por turnos. Puedes subir tus pies después sobre la cama como lo muestra la imagen 12.

Imagen 13. Variante I sentados

- ❖ Una variante a la anterior es hacerla ahora dándole la espalda, esto le permitirá a tu pareja tocarte los senos y abrazar tu cintura, o verte la espalda, lo que le resultara excitante (ver imagen 13). Pueden moverse juntos de atrás hacia adelante y de arriba hacia abajo. Apoya tus manos en sus rodillas y los pies en el piso.



Imagen 14. Variante II sentados.



- ❖ Si te sientas en la orilla de la cama o en una silla bajita de modo que él quede de rodillas y te pueda penetrar, ambos podrán controlar la velocidad de sus movimientos. Para lograr esta postura, tendrás que abrazar la cadera de tu pareja con las piernas, echar el cuerpo para atrás un poco y apoyarte colocando las manos detrás de ti, sobre el asiento o la cama como se muestra en la imagen 14.

- ❖ Para finalizar no podía faltar el clásico “perrito”, en esta tú te pones en cuatro patas, como si fueras un perrito, apoyando tu cuerpo boca abajo sobre las rodillas y las manos (ver imagen 15). Él se arrodilla y penetra tu vagina por atrás, al tiempo que te abraza, también puede estar arrodillado con el tronco erguido y dejar que tu tomes el pene con tu mano y lo jales suavemente hacia ti para introducirlo. Una vez dentro, el movimiento depende de los dos.

Imagen 15.



Si ya puedes tener penetración vaginal sin dolor, si lo disfrutas ¡Considérate dada de alta!

VI. Prevención de las Disfunciones Eróticas

La principal fuente de prevención esta con los padres, cuando ellos proporcionan información sexual adecuada a la edad y permiten que se hable sobre temas de sexualidad de una manera libre y sincera en el hogar. Las actitudes que censuran, prohíben y restringen severamente la discusión sobre temas de sexualidad pueden predisponer al niño o niña a contraer problemas sexuales en los años futuros o la adultez.

Para las etapas después de la niñez las siguientes líneas de referencia son válidas según puntúan Masters, Johnson, & Kolodny, (1989):

1. Considerar al sexo como oportunidad para explorar el cuerpo y tener intimidad, no como requerimiento obligado en la relación de pareja. El sexo con objetivo, tiende a exigir demandas en el desempeño, que pueden situarte como espectador o con la sensación de falla en la capacidad de respuesta. Cuando en realidad no existe una forma correcta en las relaciones sexuales.
2. Encuentre canales de comunicación con su pareja espontáneos y eficaces. No es fácil hacer conjeturas sobre lo que crees que necesita tu pareja y menos es dejar que él/ella adivine tus necesidades.
3. No creer todo lo que se escucha o se lee sobre la sexualidad en el internet, tele, novelas del corazón, revistas, radio, amigas cualquiera que sea tu fuente. Aun en los libros que explican como se supone que uno debería desempeñarse, son explicaciones simplificadas en el mejor de los casos, eso sin contar que puede haber afirmaciones erróneas. La trampa en creer todo lo que se escucha y ve esta en compararse y después convencerse de que tiene la disfunción. Recuerde solo es disfunción en el momento en que a usted o en su relación de pareja le causa incomodidad y/o angustia.
4. Si la disfunción esta presente hablalo con tu pareja, el aparentar que no existe es de nula ayuda. Puedes encontrar la solución en algún

metodo de focalización sensorial, como las de este manual. No obstante si esto no te funcionara, apoyate de la ayuda de un especialista. En general es más fácil tratar aquellas disfunciones que se detectan en un pasado reciente que de mucho tiempo atrás.

VII. Clasificación de las técnicas según la disfunción erótica que corrigen.

Las técnicas son las que han sido llamadas experiencias y ejercicios en el manual. Aparecerán en la siguiente Tabla 2, de modo que pueda ser claro que disfunción sexual en particular corrige.

Tabla 2. Clasificación de las técnicas y las disfunciones que corrigen.

Disfunción de la vida erótica	Técnicas (experiencias)
Estas técnicas se sugieren para el inicio de un proceso psicoterapéutico y sexológico. Son ejercicios perceptivos en relación al cuerpo, los sentimientos y el mundo. Pueden ser gráficos, corporales o verbales.	Auto percepción: Esta soy yo, Este es mi cuerpo, Este es mi cuerpo cuando me separo y Este es mi mundo.
La exploración de los sentidos ayuda en la sensibilización de cada uno y para el tratamiento de todas las disfunciones sexuales pero principalmente en aquellas de la Fase de Deseo: Deseo Hipoactivo/Inhibido y Aversión/Fobia Sexual.	Sentidos: Vista, oído, olfato, gusto y tacto.
No se especifica para una disfunción en particular. Desarrolla posibilidades	Respiración: Observa tu respiración, Respiración-espacio, Respiración

<p>autónomas para una sensación de “bien estar”. El mecanismo de la respiración se relaciona íntimamente con las emociones y la sexualidad. Funciona como agente para prolongar el orgasmo.</p>	<p>abdominal, Respiración torácica, Respiración clavicular, Respiración completa.</p>
<p>Estos ejercicios son útiles para el reconocimiento corporal principalmente y el re-encontrarse consigo misma. “Baño lento”, se sugiere para los casos de Vaginismo, Dispareunia, Aversión/fobia sexual. Este ejercicio disminuye la ansiedad ya que el agua tibia relaja y por otro lado la actividad no implica coito/penetración.</p>	<p>Imagen corporal: Imagen de usted misma; Dibuja tu cuerpo, Baño lento, Frente al espejo.</p>
<p>Desfocaliza y globaliza a la persona. En este ejercicio se puede pasar fácilmente del reconocimiento corporal en las primeras prácticas a la sensualidad con la repetición. Permite hacer frente a sensaciones o experiencias que en la intimidad física en pareja y en solitario se habían evitado. Favorece en el tratamiento de las disfunciones de la fase de Excitación y Excitación consolidada (Meseta).</p>	<p>Autosensibilizarse: Cabeza-cuello, brazos, tórax, abdomen, piernas y pies.</p>
<p>Se indica para una aproximación genital en los casos de Vaginismo. Favorece el conocimiento corporal, reduce la</p>	<p>Órganos sexuales externos pélvicos (genitales): Dibuja tus genitales, Mírate, Explora vulva.</p>

<p>tensión en las transacciones sexuales al ir conectando con el placer.</p>	
<p>La Danza facilita la expresión y la regulación de las emociones, de allí que después se experimente la sensación de felicidad.</p> <p>Los movimientos pélvicos y sus variantes ayudan en todas las disfunciones. Disfunciones de la fase de Deseo: Hipoactivo/Inhibido y Aversión/Fobia sexual. Fase Orgasmo: Anorgasmia y Orgasmo rápido; impulsando y potenciando la respuesta orgásmica. En las de fase de Excitación: favoreciendo la lubricación vaginal. Y en la Excitación consolidada en los casos con Preorgasmia, energétiza los genitales.</p>	<p>Para ir relajando la pelvis: Danza para moverse en libertad, Danza para relajar pelvis, Rebote de pelvis y Visualizar energía sexual.</p>
<p>Similar a la anterior pues es variante de movimientos pélvicos. Se indica para las disfunciones de la fase de Deseo, Excitación/Consolidada y Orgasmo.</p>	<p>Movilizar o desbloquear pelvis: Apertura – Cierre, Pelvis adelante-atrás.</p>
<p>Kegel se utiliza hoy en día en mujeres con incontinencia urinaria por estrés, durante el embarazo y después del parto; para ayudar al curar más rápidamente una herida producida por un desgarre o una episiotomía y en placer sexual. Para despertar la respuesta sexual en los casos con</p>	<p>Autosensibilización genital: “Kegel”; Retención de chorro medio de orina (identificar músculos perivaginales), Contracción relajación (controlar músculos perivaginales), Dar y recibir con genitales (sentir músculos perivaginales), Retención.</p>

<p>alguna disfunción en la fase de Deseo y Excitación. En la fase de Orgasmo ayuda a producir orgasmos en quienes no han vivido alguno y en quienes lo han experimentado, mejora en la experiencia subjetiva.</p>	
<p>Acercándote a tus genitales, funciona para las fase de Orgasmo: Anorgasmia y las Disfunciones universales: Dispareunia y Vaginismo. Aumenta la capacidad para proporcionarse placer. En los otros ejercicios de: Tu vagina toma tú (...). e Introduce un objeto suave, se indican para el tratamiento de los casos de Vaginismo y Aversión/Fobia sexual. Rompe con las fantasías creadas como considerar la vagina como delicada y sangrante. Y forza a la mujer hacerse dueña de la situación.</p>	<p><i>Tocarse por placer (masturbación):</i>Acercándote a tus genitales; Tu vagina toma tu dedo meñique, Tu vagina toma todo tu dedo meñique, Tu vagina toma tus demás dedos, Introduce un objeto suave (sentir los músculos perivaginales con los dedos, controlar los músculos y el dolor.)</p>
<p>Al inicio del proceso solo en caso de disfuncionalidad en la fase de deseo Y de orgasmo.</p> <p>Si el problema principal es el vaginismo o la anorgasmia es preferible vaya al final o a mitad del proceso.</p> <p>Cada miembro de la pareja queda liberado de la expectativa de obtener una reacción adecuada en sí mismo y en el otro. Él no necesita una erección y</p>	<p><i>Masaje sensual</i></p>

<p>ella no debe hacer que el la logré, y ninguno de los dos se les exige el orgasmo. El fracaso es prácticamente imposible.</p> <p>Como experiencia sensorial contribuye al repertorio erótico de la persona perimenopáusicas. Se rompe el mito de las zonas erógenas al darse cuenta que toda la corporalidad puede ser sensible y erotizarse.</p>	
---	--

En esta tabla se espera, las técnicas puedan seleccionarse para crear nuevos programas, apoyarse más en algunas de ellas en relación al tipo de disfunción que se trate o reforzar algunas si quien llevo a cabo este proceso descrito en el manual, considera que es necesario.

La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como:

"Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales,

económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Citamos aquí la definición de sexualidad para hacer énfasis en que las disfunciones se encuentran en la esfera de la sexualidad ancladas en el erotismo (Capacidad humana de generar y/o compartir una forma peculiar de placer: Deseo, Excitación y Orgasmo) que es una parte de todo lo que comprende la sexualidad, y es por eso que puede impactar en cualquiera de los otros componentes de la sexualidad. Por ejemplo la presencia de una disfunción erótica como el Vaginismo, no solo queda en un problema en el desempeño de amantes en la cama, impacta en:

Reproductividad: Puede que disminuya las probabilidades de embarazo.

Relaciones Afectivas: En la relación de pareja puede vivirse desde el enojo, la tristeza etc. En el sistema de autovaloración llamada autoestima.

Y en el Género: En el sistema de valores sobre lo que se supone que es “Ser mujer” para su grupo de amigas y familia. Y así podríamos ejemplificar a cada una de las disfunciones.

Es por eso que decimos que una disfunción difícilmente obedecerá a una sola causa: orgánica, psicológica o sociocultural, según tengan, respectivamente, un origen físico, emocional, por influencia del aprendizaje y el entorno social. Generalmente son el resultado de una combinación de etiologías.

A lo que queremos llegar con este manual también es que la sexualidad no es solo cuestión de técnicas y ejercicios; es algo que tiene que ver con toda la vida de la persona –pasada y presente- , y también con sus emociones por lo tanto cualquier cambio integrado en la sexualidad tiene que ser contemplado como toda una transformación, personal interior y exterior. Los ejercicios que aquí se proponen son tan sólo una ayuda para tomar conciencia de esa transformación como bien lo dice Barrios Martínez, (2005) y Sanz, (2008).

El resolver una disfunción sexual, puede ser el camino para evidenciar otras formas de relacionarse con uno mismo con los demás y el mundo. Una vez iniciado el cambio es inevitable dejar de cambiar.

CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES

La revisión teórica sirvió para ver cómo a través de la historia, la visión existencial humanista se fue conformando y cómo está se ha relacionado con la sexualidad. Para que a esta última se le contemple desde sus cuatro pilares fundamentales, de acuerdo a la sexología existencial-humanista: derecho al placer, equidad de género, respeto a la diversidad sexual y visión integral de la sexualidad.

Elegir la postura existencial humanista y no otra dependió de que esta permite integrar el conductismo y el psicoanálisis en sistemas más amplios. Nutriendo a este estudio de cualidades tanto para la investigación como para la terapia.

Además porque desde esta visión, se logra que la persona pueda, a través de ensayar y errar, saber qué es lo mejor para ella desde su propia experiencia, obteniendo su verdadero aprendizaje es decir un aprendizaje que le sea realmente significativo a la persona, porque procede de su propia experiencia y no desde los deseos o creencias de los demás.

Esta vivencia de libertad en la experiencia humana, pone a la persona frente al proceso de tomar decisiones. Produciendo un cambio en su relación con los problemas: desde su negación hasta la conciencia de ser él mismo su responsable, pasando por su aceptación. Y cambiando igualmente su modo de relacionarse con los demás: desde la evitación a la búsqueda de relaciones íntimas y de una disposición abierta, en el momento presente. Aceptando lo que estamos siendo: Sin autoexigencias, dejándonos fluir, libres de las demandas irracionales impuestas por nuestro ambiente o sociedad, con una sensación de valía personal, dignidad y autoestima.

El existencial humanismo en su relación con la sexualidad no es reciente puesto que la sexualidad como área de estudio de manera formal es relativamente joven. Veamos rápidamente como ha sido su avance en la historia:

En el Antiguo Testamento, se señalan las normas que regulaban la conducta sexual de la época. Después a finales del siglo XV aparecen en Europa las enfermedades de transmisión sexual, que fueron consideradas como un castigo celestial.

Durante los siglos XVIII y XIX o época victoriana, conductas sexuales como la masturbación, eran consideradas inapropiadas. Cuestiones que aun en nuestros días siguen permeando en la sociedad actual y que como remanentes históricos son la base de los mitos con los que lidiamos en nuestras alcobas y en nuestros consultorios clínicos.

El dominio del sexo dejó de ser colocado en el registro de la falta y el pecado para entrar en el registro de la morbilidad sexual, es decir, de lo normal y de lo patológico.

En 1882 apareció el trabajo de Richard Kraft-Ebing "Psychopatia Sexualis", donde describe comportamientos sexuales patológicos. Sigmund Freud (1856-1939), médico vienés, demostró la trascendencia de la sexualidad en los individuos. Su teoría de la personalidad, tiene como pivote el desarrollo sexual. Introdujo el término de "libido" como la energía de la que emanan todas las actividades de los hombres.

Por la misma época de Freud, el médico inglés Havellock Ellis publicó su obra Psychology of Sex. El describe que el deseo sexual es igual para hombres y mujeres y refuta que la masturbación ocasionara Insania.

Alfred Kinsey en 1953 inició el estudio sistemático de la sexualidad y en 1966 Masters y Johnson publican su libro “Respuesta Sexual Humana”, certificando que tanto hombres como mujeres tienen la misma capacidad de respuesta sexual.

Es con Alfred Kinsey y Masters y Johnson que el estudio formal de la sexualidad comenzó, hace escasos 60 años y por eso es un área relativamente joven. Lo que explica la dificultad para el estudio de un tema pues entre los propios sexólogos expertos no han logrado homologar sus conceptos.

Así por ejemplo para esta investigación sobre estas afecciones de la salud sexual se les llama disfunciones eróticas como sustitución al término de disfunciones sexuales por considerarse más específico. Aunque también en últimos estudios y artículos se les nombran problemas sexuales, dificultades sexuales, trastornos sexuales, enfermedades sexuales e insatisfacción sexual entre otros términos.

Por otro lado para referirse a la disfunción eréctil existe aún quien le nombra *impotencia* y a las disfunciones femeninas sin distinción las refieren como *frigidez*, dos términos que resultan por demás peyorativos. Y para la clasificación de las disfunciones también según el autor que se consulte propondrá un modelo distinto al otro.

Así como la sexualidad es una área relativamente nueva de estudio, como concepto es también amplio e incluyente conformado por: sexo (aspectos biológicos), género (factores psicológicos y socioculturales), reproductividad, relaciones afectivas- amorosas y erotismo. Este último el tema central de la presente investigación y que como ya se ha esbozado antes, alude al fenómeno humano del deseo, la excitación y el orgasmo. Éstos, a su vez, implican diversos elementos intelectuales, sociales y emocionales.

Para agregar más aun, la sexualidad en la mujer y la sexualidad como autentica fuente placer y no solo de procreación, son aspectos todavía algo complicados de vislumbrar. Las ideas equivocadas a cerca del placer sexual han provocado en las personas sentimientos negativos, introyectando sentimientos de vergüenza, culpa e inadecuación; impidiéndoles vivir la sexualidad de manera positiva y sin prejuicios.

Especialmente en las mujeres con la cancelación de los deseos sexuales en su expresión y sensaciones. Y si esta sentencia de cancelación de los deseos sexuales se interrumpiese, es decir, que estos deseos las mujeres los expresaran es a riesgo de ser consideradas prostitutas. El placer, el erotismo y los órganos sexuales quedan pues vetados de la vida de muchas mujeres. .

En la carrera de psicología la sexualidad como materia, es un avance que poco a poco se ha comenzado implementar. Según recuerdo se toca a manera muy general dentro de la materia de desarrollo humano, se habla de algunos trastornos como las parafilias en psicopatología ahora llamadas como manifestaciones de la diversidad sexual según David Barrios y para Juan Luis Álvarez-Gayou expresiones comportamentales etc. Pero no como un planteamiento de motivo de consulta y como eje central de salud física y mental.

En los últimos años la intervención de los psicólogos en la sexología ha sido relevante pues desde 1974 la Organización Mundial de la Salud (OMS) llamó la atención sobre la falta de formación sobre sexualidad de personas capaces de ejecutar los programas educativos donde se pretendía dar información, proponer tratamientos y formar docentes para la asistencia materno-infantil, centros de planificación familiar, de salud mental y comunitaria. De ahí se desprende la necesaria especialización como asesor en educación sexual, experto en terapia sexual y en investigación.

La exigencia provenía del surgimiento de la pandemia de VIH y de infecciones de transmisión sexual, del reconocimiento del placer sexual como hecho social, la salud reproductiva, el intento de evitar la violencia de género, el reconocimiento de los derechos sexuales como humanos, el respeto a las minorías y el desarrollo de programas y medicamentos eficaces para disfunciones eróticas.

El psicólogo como educador sexual:

- ❖ Promueve un comportamiento sexual responsable mediante la ejecución de programas de educación a la población, para prevenir la explotación, acoso, manipulación y discriminación sexual.
- ❖ Elimina el temor, prejuicio, discriminación y odio relacionado con la sexualidad y las minorías sexuales donde se reconoce y respetan las identidades sexuales; varón, mujer y estados intersexuales, y las diferentes expresiones o manifestaciones sexuales, y orientación erótica afectiva (homosexualidad, bisexualidad, heterosexualidad).
- ❖ Elimina la violencia de género en donde se reconoce la violencia sexual en sus diversas formas y promueve la prevención de las mismas.
- ❖ Integra programas de salud sexual dentro de la salud pública mediante evaluaciones generales y protocolos de intervención.

El psicólogo como terapeuta sexual:

Su papel radica en la estrecha relación de las dificultades en la respuesta sexual que muchas veces es por razones emocionales. La conducta sexual, las fantasías... siempre tienen un impacto individual en la persona, que van desde sentirse satisfecho y relajado hasta culpable y angustiado. Gran parte de las disfunciones sexuales tienen causas psíquicas y la mayoría pueden tratarse con éxito.

Los problemas de salud sexual provienen de situaciones (personales, de la relación de pareja o sociales) que deberían identificarse y darle un tratamiento adecuado. Actualmente se recomienda un enfoque donde se dé relevancia a los síntomas o síndromes clínicos que alteran la salud sexual del individuo o de la relación de éste con su pareja. De ahí la importancia que tiene la terapia sexual llevada a cabo por el psicólogo especialista en sexología.

Los problemas sexuales pueden tener diferentes causas (orgánicas, psicológicas y sociales) y es donde el terapeuta sexual tiene que descartar y valorar las diferentes incidencias. El terapeuta sexual ha de realizar inicialmente una evaluación de la conducta sexual, la historia del problema y al final valorar un diagnóstico con un posible tratamiento. Al descartar una patología orgánica se continuará con la terapia sexual para modificar un problema de comportamiento.

El psicólogo en la investigación:

La investigación es necesaria para aumentar la comprensión de la sexualidad, la salud sexual y el comportamiento sexual, así como para evaluar la eficacia de estrategias de prevención, programas, cursos y tratamientos. Así el psicólogo puede encaminar la investigación a:

- ❖ Promover la investigación sobre la salud sexual de personas y grupos de población. Recopilando datos para tomar decisiones y valorar la eficacia de programas de educación sexual.
- ❖ Promover la sexología como una disciplina de investigación y con relación a otras disciplinas (medicina, enfermería, sociología, antropología, epidemiología, derecho etc.). Creando una mejora en los conocimientos y una percepción renovada de las cuestiones complejas de la sexualidad y de la salud sexual.
- ❖ Difundir los conocimientos científicos para crear una base a nuevas experiencias de calidad para el futuro.

El manual presentado aquí fue elaborado a partir del cumulo de información vertido por psicólogos, médicos, antropólogos y otros especialistas en sexualidad.

Cumple con los siguientes propósitos que se esperan del psicólogo en el ramo de la sexualidad.

- ❖ Promueve un comportamiento sexual responsable.
- ❖ Fomenta la salud sexual pues promueve la prevención y la corrección de disfunciones eróticas.
- ❖ Contempla a todas las disfunciones eróticas femeninas.
- ❖ Es incluyente pues aunque está pensado para la mujer toma en cuenta la relación con la pareja. Sea esta relación heterosexual u homosexual.
- ❖ Contribuye a eliminar el temor y prejuicio que existe alrededor de la vivencia placentera de la sexualidad.
- ❖ Reivindica el derecho humano al placer.
- ❖ Amplia el repertorio erótico.
- ❖ Contempla ampliamente los factores emocionales, el marco histórico y cultural como bloqueadores de la RSH. Dejando de lado el error de ver a las disfunciones desde el punto de vista puramente instintivo y fisiológico.
- ❖ Educa e informa con un lenguaje claro no medicalizado, lo que permite a más personas tener acceso a conocimientos científicos actualizados y libres de prejuicios.
- ❖ Ofrece una clasificación de las técnicas de acuerdo a la disfunción en la interviene favorablemente.

Desde el punto de vista personal esta investigación me satisface en un primer momento como la culminación y cierre pendiente de una etapa importante en mi vida como es la licenciatura. Y también me complace porque en ella reúno dos elementos que me apasionan y disfruto: la psicología y la sexualidad.

Para este momento considero que con esta investigación, refuerzo e incorporo nuevos saberes a cerca de la sexualidad humana. Además también me encuentro con nuevas necesidades: como explorar este mismo tema de las disfunciones desde otras perspectivas de la psicología. Y reforzar el área biológica que indefinidamente estará conectada a cualquier situación y problema que ataña al humano.

Agrego también que más que una necesidad recupero, como exigencia propia, en este momento la responsabilidad que como psicóloga tengo en el hecho de difundir y divulgar lo mayormente posible los temas referentes a la sexualidad. Sobre esto mismo ahora considero más importante, para mis próximas investigaciones, partir desde la perspectiva de educar y prevenir para no corregir las disfunciones o problemas en quienes aún pueden evitárselas.

Recomendaciones para futuras investigaciones:

Sería importante ampliar la importancia de la relación de pareja en los siguientes aspectos:

1. En el desarrollo de habilidades relacionales, de modo que aumente la satisfacción sexual mutua.
2. Responsabilidad mutua compartida por ambos miembros de la pareja.
3. Cambio de actitudes negativas hacia la propia sexualidad y el compañero/a.
4. Entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación.
5. El impacto de la disfunción erótica, sobre la relación de pareja
6. El impacto de la corrección de la disfunción erótica en la pareja.

El estudio se podría plantear desde la perspectiva cognitivo conductual ya que actualmente en el campo de la modificación de conducta y la sexología se considera que los factores cognitivos tienen una importancia capital en las disfunciones eróticas. De las temáticas que aquí en este estudio se contemplan podrían revisarse las siguientes bajo esta perspectiva:

1. La historia de aprendizaje: Experiencias de la niñez y adolescencia (actitudes y conductas negativas de los progenitores y otras figuras significativas hacia la sexualidad), modelos o fuentes de información deficitarias, restrictivas o inadecuadas.
2. Factores físicos: Presencia de enfermedades físicas (más de tipo crónica y neurológica) y uso de drogas o medicamentos.
3. Factores de relación: Papel del síntoma en la relación global de la pareja. A menudo el síntoma es visto solo como un elemento perturbador, pero también suele tener un propósito útil en el mantenimiento de la estructura de la relación de pareja (teoría de sistemas).
4. Factores cognitivos: Papel del nivel de conocimiento del individuo sobre la sexualidad; y sobretodo de sus actitudes, creencias y pensamientos en la

disfunción sexual. La ansiedad de desempeño sexual (más frecuentes en los hombres) deriva de la creencia irracional de "Debo de ser enormemente sexual para ser un hombre de verdad" y la ansiedad femenina en la relación sexual suele derivar de la creencia irracional de "Debo de satisfacer a mi compañero para tener su aprobación".

Explorar otras alternativas:

1. Uso de geles que estimulan el orgasmo femenino
2. Condones estimulantes
3. La implementación del uso de vibrador
4. Elementos considerados como afrodisiacos
5. Acupuntura

En la elaboración de manual:

1. Implementar la aplicación de un Test-retest que permita tener evidencia de un antes y un después.
2. Agregar un calendario y/o hoja de registro en que las mujeres puedan ir documentando sus avances de manera personal.

BIBLIOGRAFÍA.

- Álvarez Gayou, J., Sánchez, D., & Delfín Lara, F. (1986). *Sexoterapia Integral*. México: El manual moderno.
- Arroyo, Martorell, J. L., & Prieto, J. L. (2009). *Fundamentos de Psicología*. Madrid: CEURA Centro de Estudios Ramón Areces.
- Barbach, L., & Bullard, D. (2011). *Psychotherapy*. Recuperado el 28 de Octubre de 2011, de psychotherapy.net: <http://www.psychotherapy.net/interview/lonnie-barbach-sex-therapy>.
- Barrios Martínez, D. (2003). *Resignificar lo masculino*. México: Vila Editores.
- Barrios Martínez, D. (2005). *En las alas del placer. Cómo aumentar nuestro goce sexual*. México D.F: Pax México.
- Barrios Martínez, D. (2006). *Apuntes para una sencilla clasificación de las disfunciones eróticas*. México: Gaceta de la sexualidad No. 2 Alfil.
- Barrios Martínez, D. (2008). *Disfunciones de la vida erótica. Curso modular de segundo nivel en la especialidad en psicoterapia sexual integral*. México D.F: Profesionistas en Psicoterapia Sexual Integral, A.C.
- Barrios Martínez, D. (2010). *Alteraciones en la Respuesta Sexual Humana. Apuntes del tercer nivel de la especialidad en psicoterapia sexual integral*. México D.F: Profesionistas en Psicoterapia Sexual Integral, A.C.
- Basson, R. (2000). Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. *The Journal of Urology (Estado Unidos de América)*, pp. 888-893.
- Bhugra, D., & Cordle, C. (1986). Sexual Dysfunction in Asian Couples. *British Medical Journal Vol.292*, 111-112.

- Braun, M., & Aldana, A. (2009). *Sexo sin dolor*. México D.F: Grijalbo.
- Cabello, F. (2002). Aportaciones al estudio de la eyaculación femenina. *Rev. Salud Sexual* , 5-12.
- Castanedo, S. C. (1997). *Grupos de encuentro de terapia gestalt*. España: Herder.
- Castuera Ibarra, A. (12 de Diciembre de 2009). Farmacos y sustancias que afectan la respuesta sexual humana. *Apuntes del segundo nivel de la Especialidad en Psicoterapia Sexual Integral*. D.F, México: Profesionistas en Psicoterapia Sexual Integral, A.C.
- Castuera Ibarra, A. (Julio de 2009). Padecimientos más frecuentes que producen disfunciones erótico sexuales. *Apuntes del tercer nivel de la Especialidad en Psicoterapia Sexual Integral*. D.F, México: Profesionistas en Psicoterapia Sexual Integral, A.C.
- Castuera Ibarra, A. (17 de Diciembre de 2009). Trastornos emocionales y disfunciones sexuales. *Apuntes del segundo nivel de la Especialidad en Psicoterapia Sexual Integral*. D.F, México: Profesionistas en Psicoterapia Sexual Integral, A.C.
- DeLamater, Shibley Hyde, J., & Jonh. (2006). *Sexualidad humana*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Delfín Lara, F. (2009). *Sex populi*. México D.F.: Alfíl.
- Feo, & Pérez, M. (1993). Sexualidad humana y causas de disfunciones sexuales. *Med-ULA, Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Vol 1 N° 3. Mérida, Venezuela*, 101-109.
- Frankl, V. E. (1991). *El hombre en búsqueda de sentido*. Barcelona, España: Herder S.A.

- García Ramos, A. (2008). Etiologías contexto general . *Apuntes del segundo nivel de la Especialidad en Psicoterapia Sexual Integral*. México: Profesionistas en Psicoterapia Sexual Integral, A.C.
- García, A., & al., e. (2005). Defecación obstructiva. Métodos diagnósticos y tratamiento. *Cirugía Española*, 59-65.
- Gindin, L. R. (2003). *La nueva sexualidad de la mujer*. Argentina: Norma.
- Ginger, S., & Ginger, A. (1993). *La gestalt una terapia de contacto*. México: Manual Moderno.
- Giraldo Neira, O. (1988). *Explorando sexualidades humanas*. México: Trillas.
- Grafeille, N., Bonierbale, M., & Measson, C. (1983). *Las 5 sensaciones del amor*. París: Robert Laffont.
- H.Masters, W., E. Johnson, V., & Kolodny, R. C. (1987). *La sexualidad humana 1*. Barcelona: Grijalbo.
- Heiman, J. R., & LoPiccolo, J. (1990). *Para alcanzar el orgasmo. Un programa de crecimiento sexual y personal para la mujer*. México D.F.: Grijalbo.
- Jayme, M., & Sau, V. (1996). *Psicología diferencial del sexo y género*. Barcelona, España: Icaria.
- Kaplan, H. S. (1975). *Manual ilustrado de terapia sexual* . Barcelona, España: Mondadori.
- Levitsky, A. &. (2003). *Las reglas y los juegos de la terapia gestáltica*. En Fagan, J. & Shepard, I. (2003). *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica* . Argentina : Amorrortu.
- Lowen, A., & Lowen, L. (2000). *Ejercicios de bionérgica*. Málaga: Sirio.
- M., H. (1982). Psychosexual dysfunction. *Practitioner*, 188.

- Martínez Miguélez, M. (1999). *La psicología humanista. Un nuevo paradigma psicológico*. México: Trillas.
- Martorell, J. L. (2004). *Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos*. Madrid: Pirámide.
- Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1989). *La sexualidad humana 3*. Barcelona: Grijalbo.
- McCary, J. L., McCary, S. P., Álvarez Gayou, J. L., del Río, C., & Suárez, J. L. (2000). *Sexualidad humana de McCary*. México: Manual Moderno.
- Miller, G., McLoughlin, D., & N., M. (1982). Personality correlates of college students reporting sexual. *Psychological Reports*, 1075-1081.
- Naranjo, C. (1991). *La vieja y novísima gestalt*. Santiago: Cuatro vientos.
- Norman, D., Gordon, C., & Herzog. (1984). Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *Am.J. Psychiat* Vol.141, 989-990.
- Penagos, G. S. (4 de Abril de 2001). Disfunciones sexuales femeninas. *Simposio Sexualidad y Menopausia*. Cartagena: IV Congreso Nacional de Menopausia.
- Peñarrubia. (1998). *Terapia gestalt. La vía del vacío fértil*. España: Alianza.
- Perls, F. (1985). *Yo, hambre y agresión*. México: Fondo de cultura económica.
- Perls, F., & Clements, C. (2000). *Acting out vs. atravesar*. En *stevens, J. & Stevens, B.* Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Petit, M. (1989). *La terapia gestalt*. Barcelona: Kairós.
- Quitman, H. (1998). *Psicología humanística*. España: Herder.
- R.P, S. (1998). *Integración emocional y psicología humanística*. Madrid: Marova.

- Rogers, C., & Kinget, M. (1971). *Psicoterapia y relaciones humanas*. Madrid: Alfaguara.
- Sanz, F. (2008). *Psicoerotismo femenino y masculino. Para unas relaciones placenteras, autónomas y justas*. Barcelona España: Kairos.
- Shepard, F. F. (2003). *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*. Argentina: Amorrortu.
- Villén, M. (2009 20-Julio). *El Confidencial*. Retrieved 2012 Miércoles-Abril from <http://www.elconfidencial.com>
- Whipple, B. (2009 16-October). *BigThink* . Retrieved 2011 28-October from Re-descubrir el punto G. Parte de la serie: ¿Qué quiere realmente la mujer?: <http://bigthink.com/ideas/17171>