

2.- PSICOLOGÍA Y PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL

Sabemos que la sexualidad (cómo se es) y la actividad sexual (lo que se hace) son facetas de una enorme importancia en la vida de las personas, y que el buen o mal funcionamiento en esta dimensión personal es uno de los principales determinantes de bienestar y de felicidad. Así se ha llegado a considerar que un deficiente funcionamiento sexual puede ser calificado como un problema de salud.

Ya antes, en el módulo uno de este programa de estudios de salud sexual, hemos tratado cumplidamente el tema de la salud sexual y, aunque en otros temas de este mismo Módulo 4 del **Master en Salud sexual y Sexología clínica** se tratan más específica y ampliamente las cuestiones relativas a los trastornos sexuales (etiología, proceso y pronóstico), aquí haremos un presentación general de los diferentes problemas que pueden darse en la esfera de la salud sexual.

El objetivo de esta breve descripción de los diversos problemas es puramente didáctico, al pretender favorecer un mejor "anclaje" y la posibilidad de relacionar las diferentes técnicas de intervención psicológica que presentamos en este capítulo con los diversos problemas de salud sexual en los que se podrían utilizar como herramienta, técnica o estrategia de intervención.

Dado que la sexualidad se manifiesta fundamentalmente en tres áreas o dimensiones (la del placer, la de la comunicación y la de la reproducción), es también en esas tres áreas donde pueden llegar a producirse problemas de salud sexual. En el cuadro 1 presentamos, de una forma general y no exhaustiva, diferentes categorías de problemas de salud que podrían llegar a producirse, así como ejemplos de algunos de los trastornos y problemas específicas de cada categoría; además en la tercera columna se contesta a una cuestión de interés para nosotros en este tema: ¿Existen técnicas psicológicas de utilidad para ayudar a las personas con problemas de salud sexual de este tipo?

Cuadro 1: Problemas de salud sexual		
<i>Categorías de problemas</i>	<i>Algunos ejemplos de cada categoría</i>	<i>¿Existen técnicas psicológicas de utilidad para ayudar a las personas con problemas de salud sexual de este tipo?</i>
Infecciones de transmisión sexual	Gonorrea. Sífilis. Herpes. Sida. Hepatitis	SI. Para la realización de actividades de prevención y de educación para la salud sexual.
Problemas de identidad sexual	Estados de intersexualidad. Trastornos de identidad de género	SI. Encaminadas al asesoramiento y al acomodamiento de nuevos roles (en cambio se sexo).
Problemas de orientación sexual	Conducta homosexual	SI. Sobre todo para ayudar en algunos efectos colaterales debido a cuestiones sociales (ansiedad, asertividad...)
Disfunciones sexuales	Trastornos en las diferentes fases de la respuesta sexual	SI. Prevención y tratamiento específico de estos problemas
Variaciones sexuales (parafilias)	Fetichismo. Travestismo. Sadomasoquismo. Coprofilia. Necrofilia. Zoofilia.	SI. Prevención y tratamiento específico de estos problemas
Relaciones sexuales coactivas y ofensas sexuales	Voyeurismo. Exhibicionismo. Paidofilia. Incesto. Acoso sexual. Violación.	SI. Ayuda a las víctimas. Prevención e intervención específica en estos problemas. Trabajo con agresores
Problemas de infertilidad		SI. Por ejemplo prestando ayuda para disminuir la ansiedad que se genera

Probablemente el grupo de problemas de salud sexual que hemos denominado "Disfunciones sexuales" es al que más atención clínica se viene prestando desde la sexología, por ello, también aquí será el que más frecuentemente utilicemos en los ejemplos que se propongan. Para esta categoría diagnóstica se han señalado dos grupos de factores etiológicos: los psicológicos y los fisiológicos. Intentar explicar una disfunción a partir de una sola causa suele conducir a errores (salvo en los raros casos en los que algún factor biológico determina su aparición).

Como acabamos de decir, tradicionalmente se suelen agrupar los factores desencadenantes de las disfunciones en dos grandes grupos: a) causas fisiológicas y b) causas psicológicas. Es necesario tener en cuenta que aunque en la aparición y/o el mantenimiento de algunas disfunciones sexuales pueden ser determinantes ciertos trastornos orgánicos o físicos (por ejemplo diabetes,

hipertensión, hipogonadismo, trastornos medulares...), o la ingestión de diferentes sustancias legales o ilegales (antihipertensivos, antidepresivos, alcohol, barbitúricos...), en la mayor parte de las disfunciones las causas psicológicas juegan un papel mucho más importante. Habida cuenta de esto, de alguna manera, se ve fundamentada más la necesidad de utilizar técnicas de intervención basadas en la psicología científica cuando se abordan este tipo de problemas de salud.

2.1.- Las causas psicológicas de las disfunciones sexuales

Las causas psicológicas que se han asociado a las disfunciones sexuales se pueden clasificar en a) factores predisponentes (en especial experiencias tempranas); b) factores precipitantes; c) factores de mantenimiento. Ver los cuadros 2, 3 y 4

Cuadro 2: Disfunciones sexuales: Factores predisponentes

Adaptado de F. J. Labrador (1995) Guía de la sexualidad. Espasa

Son los factores que actúan preparando o facilitando la aparición a medio o largo plazo de las disfunciones. La mayoría guardan relación con la educación sexual inadecuada o con experiencias traumáticas al respecto.

1. Falta de formación sexual o información inadecuada que permite la aceptación de múltiples errores sobre lo que es o debe ser la sexualidad, entre ellos los conocidos como "mitos sexuales" (ver en el tema 1 del módulo 1 el cuadro de "falacias sexuales"). Por un lado, esta inadecuada formación no enseña a las personas qué hacer o cómo actuar al respecto; por otro, facilita el asociar sentimientos de ansiedad o miedo a la actividad sexual (si no sé qué hacer es muy posible que falle o cometa errores)* facilitando la aparición de las disfunciones.
2. Educación moral y religiosa que desvaloriza la vida sexual al considerarla como algo sucio o degradante. En especial son nefastos los sentimientos de culpa generados en niños y adolescencia alrededor de sus primeras experiencias sexuales (por ejemplo, la masturbación). La ansiedad y culpabilidad asociada a las actividades sexuales a consecuencia de esta educación son determinantes para facilitar la aparición de disfunciones.
3. A veces pueden aparecer problemas debido a la inseguridad en el rol

psicosexual (en especial en los primeros años), que dificulta el que la persona se identifique como hombre o mujer, con los efectos que esto tiene sobre la vida sexual. Por ejemplo, es frecuente el miedo a ser homosexual de muchos jóvenes porque en algún momento se sintieron atraídos por jóvenes del mismo sexo o han realizado alguna conducta homosexual esporádica. Una adecuada educación sexual obviaría el problema.

4. Modelos paternos inadecuados con los que el niño o joven se identifica, o el ejemplo de unas relaciones deterioradas entre los padres.

5. Experiencias sexuales traumáticas durante la infancia o adolescencia (abuso por parte de adultos, castigos intensos por conductas sexuales como autoexploración o masturbación...), que han asociado dolor, miedo o ansiedad a la actividad sexual.

Cuadro 3: Disfunciones sexuales: Factores precipitantes

Adaptado de F. J. Labrador (1995) Guía de la sexualidad. Espasa

Son las experiencias o situaciones que desencadenan a corto plazo la aparición de las disfunciones. Su efecto será mucho mayor si actúan sobre una persona afectada por los "factores predisponentes".

1. Problemas generales de relación de la pareja, como la pérdida de atractivo, peleas y discusiones habituales, mala comunicación, episodios de infidelidad...

2. Aparición de algún problema, aunque sea esporádico (por ejemplo, algunas dificultades de erección, aunque sea debido a causas físicas como exceso de alcohol o cansancio). Una reacción inadecuada al respecto (especialmente fácil si no hay una educación sexual adecuada), culpabilizándose o cuestionándose la propia capacidad facilitará el desarrollo de ansiedad que bloqueará respuestas sexuales posteriores. Un efecto similar puede producirse cuando aparece una disfunción en la pareja con la que se interacciona.

3. A veces algún trastorno orgánico (como un infarto o secuelas temporales de un parto) puede producir como reacción la pérdida de interés o el miedo a la realización de actividades sexuales, en especial del coito. Incluso los cambios habidos como consecuencia de la edad (menor lubricación o elasticidad vaginal, erecciones más lentas...) pueden producir estos efectos.

4. Momentos especiales en los que la persona pueda pasar por episodios de cansancio excepcional, ansiedad o incluso depresión, La falta de interés o los fallos aparecidos en estos momentos pueden dotar de una valoración muy negativa a la sexualidad.

5. Experiencias sexuales traumáticas (como violaciones o imposición de conductas no deseadas por la propia pareja...).

Cuadro 4: Disfunciones sexuales: Factores que mantienen la disfunción

Adaptado de F. J. Labrador (1995) Guía de la sexualidad. Espasa

1. El primero y fundamental vuelve a ser una inadecuada educación sexual que facilite el no poner los remedios adecuados de forma inmediata al problema cuando este comenzó.
2. Ansiedad ante la interacción sexual facilitada por las diferentes causas señaladas: inadecuada educación, miedo o anticipación de fallo o fracaso, sentimientos de culpabilidad, experiencias anteriores traumáticas...
3. Adopción del "rol de espectador", entendiéndose por tal el que la persona se preocupe más de atender a las señales de su pareja o a observar sus propios cambios fisiológicos que a disfrutar de la situación.
4. Problemas generales en la relación de pareja que dificulten una adecuada interacción sexual: discusiones y peleas constantes, falta de atracción, mala comunicación.
5. Actuación inadecuada propia o de la pareja en la interacción sexual, en especial el dedicar un tiempo muy escaso al galanteo o caricias antes de pasar al coito.
6. Miedos o fobias específicas, como el miedo a la intimidad, a la pérdida de control, al embarazo, al rechazo o al cuerpo de la pareja.
7. Deterioro de la propia imagen como consecuencia de la aparición de la disfunción.
8. Presencia de trastornos psicológicos más generales (depresión, alcoholismo, anorexia, estados de ansiedad...).

2.2.- Las causas fisiológicas de las disfunciones sexuales

Son múltiples las causas fisiológicas (como enfermedades, lesiones, efectos de fármacos y drogas, etc.) que se pueden encontrar en la aparición y el mantenimiento de disfunciones sexuales. En algunos casos estos factores actúan provocando de forma directa la disfunción (por ejemplo, algunas lesiones de la médula espinal que dificultan o impiden la erección); en otros casos su actuación es más indirecta, pues al provocar algún problema esporádico facilitan la aparición de reacciones psicológicas que acaban produciendo la disfunción (por ejemplo, la aparición de un infarto de miocardio que provoca una reacción de miedo a la actividad sexual en la persona infartada por considerar que pueda facilitar un nuevo infarto, lo que hace que pierda interés por la sexualidad o rechazo de cualquier actividad sexual). Aunque en muchos casos es difícil establecer hasta qué punto son más importantes los efectos directos o los indirectos de muchas de las causas físicas, se tratará de considerar estos de forma separada por razones de claridad expositiva.

Cuadro 5: Efecto de distintas enfermedades físicas en la función sexual

<ul style="list-style-type: none"> • Sistema cardiovascular <p>Enfermedad oclusiva en la aorta</p> <p>Arteriosclerosis</p> <p>Hipertensión</p> <p>Infarto de miocardio</p>	<p>Disfunción en la erección,</p> <p>Disfunción en la erección</p> <p>Disfunción erección y fracaso eyaculatorio</p> <p>Disminución del interés y de la actividad sexual</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sistema endocrino <p>Insuficiencia suprarrenal (E. Addison)</p> <p>Hiperfunción suprarrenal (S. Cushing)</p> <p>Diabetes mellitus</p> <p>Hipogonadismo</p> <p>Hipopituitarismo</p> <p>Hipotiroidismo</p> <p>Sequedad vaginal en la menopausia</p>	<p>Alteración del interés sexual</p> <p>Alteración del interés sexual, Disfunción de la erección</p> <p>Disfunción de la erección, Fracaso eyaculatorio, Eyaculación retrógrada</p> <p>Pérdida de interés, Disfunción de la erección, Fracaso eyaculatorio</p> <p>Pérdida de interés, Disfunción de la erección y en la eyaculación</p> <p>Alteración del interés, Hipersexualidad</p> <p>Disfunción de la erección</p> <p>Dolor en coito, disminución interés sexual, aumento de ansiedad en relaciones sexuales</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tracto genitourinario <p>Enfermedad de Peyronie</p> <p>Priapismo</p> <p>Prostatitis</p> <p>Enfermedades venéreas</p> <p>Incontinencia urinaria por esfuerzo</p>	<p>Disfunción de la erección, Erección dolorosa, Disfunción eréctil</p> <p>Eyaculación dolorosa, Erección dolorosa</p> <p>¿Dolor en la eyaculación?</p> <p>Alteración del interés sexual</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sistema músculoesquelético <p>Artritis</p>	<p>Alteración en fase de caricias</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sistema nervioso <p>Accidente cerebro-vascular</p> <p>Lesiones lóbulo frontal</p> <p>Lesiones de la médula espinal</p> <p>Esclerosis múltiple</p>	<p>Disminución del interés sexual</p> <p>Desinhibición</p> <p>Disfunción de la erección y en la eyaculación</p> <p>Disfunción eréctil</p>

Tan importante como los efectos directos de las enfermedades físicas en sí, o los efectos de intervenciones quirúrgicas para la génesis de las disfunciones, son las reacciones psicológicas que pueden generarse a consecuencia de estos efectos. Es decir, cómo reacciona el individuo o su pareja a la presencia episódica o mantenida de estos efectos e incluso cómo se ve afectada la relación y cómo reaccionan profesionales a los que se acude en busca de ayuda.

Una adecuada educación sexual facilitaría el poder restar importancia a estos problemas o buscar alternativas a la actividad sexual propia o de la pareja. Pero lo más frecuente es que esta educación sexual no exista y se produzcan reacciones negativas que colaboran e incluso a veces provocan de forma más importante la aparición de las disfunciones. Estas relaciones negativas pueden aparecer, bien en la propia persona afectada por la disfunción, bien en la pareja de esta, bien en la relación de pareja o bien incluso en algunos profesionales de la salud con los que entran en contacto.

Por parte de la persona que se ve afectada por el trastorno las reacciones negativas más frecuentes son las de anticipación de resultados negativos si intenta la relación sexual, bien por suponer que va a aparecer dolor, bien que puede producirse algún perjuicio mayor o bien simplemente porque prevé que sólo va a conseguir un fracaso. Es lógico que en estas condiciones la ansiedad esté presente bloqueando aún más si cabe la respuesta sexual y dotando de connotaciones muy negativas la propia actividad sexual. No es infrecuente que esta anticipación de fracasos provoque un trastorno en la autoestima de la persona afectada que le hace percibirse como una persona incompleta, poco atractiva a los demás y posible objeto de burlas y rechazo social. Los problemas de ansiedad y depresión como resultado de este proceso suelen ser frecuentes. Obviamente esta situación facilita poco la recuperación de la actividad sexual que, más o menos completa, en la mayoría de los casos es factible.

2.3.- Efectos de fármacos y otras sustancias psicoactivas

Aunque ya hemos tratado este asunto en el Tema 2 del Módulo 5, aquí repasaremos algunas cuestiones relativas al papel de los fármacos y otras sustancias en el mal funcionamiento sexual de las personas. Los mecanismos a través de los cuales pueden actuar las drogas son muy diferentes. Algunas sustancias pueden alterar el funcionamiento cerebral, bien produciendo cambios generalizados, bien produciendo variaciones en los centros relacionados con el funcionamiento sexual y, en consecuencia, pueden modificar, aumentando o disminuyendo, el interés o el deseo sexual. Otras sustancias pueden actuar sobre los órganos periféricos de forma que sin alterar el deseo dificulten (o faciliten) los mecanismos implicados en la respuesta sexual (erección, lubricación o incluso el propio orgasmo). Otras pueden afectar la respuesta vascular o del sistema circulatorio modificando en consecuencia la vasocongestión genital. Se considerarán exclusivamente los efectos de estas sustancias en la aparición de disfunciones sexuales.

En resumen, algunas drogas actúan directamente sobre la conducta sexual, otras la afectan de forma indirecta como efecto secundario a su acción, positiva generalmente, sobre alguna otra parte del organismo (caso de los antihipertensivos o tranquilizantes...). Por último, algunas drogas pueden tener efectos específicos sobre la sexualidad, otras un efecto general sobre el organismo, que en consecuencia también afecta a la respuesta sexual, como puede ser el caso de una intoxicación general del organismo.

Cuadro 6: Fármacos que pueden afectar al funcionamiento sexual

Sedantes

Son sustancias que producen efectos de disminución del interés y la respuesta sexual. Entre ellos se encuentran los barbitúricos y el alcohol (aunque en pequeñas cantidades pueda tener efectos desinhibidores), y también la metadona.

Antiandrógenos

Se refieren a sustancias que contrarrestan el efecto de estimulación que determinadas hormonas (los andrógenos) producen en el cerebro, y de esta forma también reducen la respuesta sexual. Los estrógenos (hormonas típicamente femeninas) estarían entre los principales componentes de esta categoría. Los estrógenos se utilizan para reducir la falta de producción de esta hormona en mujeres después de la menopausia; también para el tratamiento del cáncer de próstata.

Anticolinérgicos y antiadrenérgicos

Estos medicamentos producen su efecto al bloquear los vasos sanguíneos y nervios en unión con los genitales. Son sustancias que se utilizan para el tratamiento de la hipertensión, por lo que no es raro que personas con este tipo de medicación, en especial con reserpina y metildopa, puedan presentar no sólo problemas de erección, sino también pérdida de interés sexual y depresión.

Psicotrópicos

A esta categoría corresponden la mayoría de los tranquilizantes y relajantes musculares. Sus efectos en algunos casos conllevan dificultades en la eyaculación y la erección. Algunos como el haloperidol o la tioridacina, utilizados en psiquiatría, pueden producir eyaculación tardía. Los ansiolíticos, como el clordiazepóxido y el diazepam, producen impotencia, anorgasmia o merma de la libido. Pero estas sustancias, al producir efectos de disminución de la ansiedad o la depresión, pueden hacer que las personas descubran un incremento del interés sexual.

Cuadro 7: Fármacos de prescripción médica frecuentemente con efectos de disminución de la respuesta sexual

Muchos de los fármacos utilizados en el **tratamiento de la hipertensión** tienen efectos secundarios sobre la actividad sexual. Por ejemplo, la alfametildopa, en dosis bajas provoca dificultades de erección en el 10-15 por 100 de los hombres; en dosis más elevadas, este porcentaje con problemas de erección se eleva hasta el 50 por 100. En las mujeres, los efectos se concretan en una disminución de la libido y una alteración de la excitación, con porcentajes similares a los de los hombres. Los efectos suelen reducirse al cabo de 2 semanas de acabar su ingestión, si bien a veces la ansiedad asociada a las actividades sexuales, producto de malas experiencias debido al efecto de las drogas, pueden seguir menoscabando la actividad sexual.

Los antihistamínicos, como las píldoras para combatir alergias o asma, pueden afectar a la sexualidad, bien mediante el adormecimiento, poco recomendable para el tono de la relación sexual, bien en la mujer reduciendo la lubricación vaginal, lo que a veces produce un coito doloroso. Un resumen más amplio de los efectos de los fármacos sobre la respuesta sexual puede encontrarse en los apuntes de este Máster, concretamente en el módulo 5 tema: "Conocimientos biomédicos y farmacológicos..." .

Es de señalar, no obstante, que no todos los fármacos producen los mismos efectos negativos en todas las personas. Es curiosa la variabilidad de resultados que pueden aparecer, y más aún el que no esté claro el porqué se producen estas características en unos casos sí y en otros no.

Algo similar se puede decir respecto a los mecanismos por los que estos fármacos producen sus efectos, que tampoco están claros. En unos casos pueden deberse a efectos directos sobre el cerebro que interfieren en el interés sexual. Otros fármacos pueden alterar la producción de hormonas sexuales. Probablemente la causa más común tiene que ver con la actuación sobre las vías autonómicas que participan en la erección y en la eyaculación (antidepresivos tricíclicos, antihipertensivos, tranquilizantes mayores). Con todo hay que ver si estos efectos de los fármacos son peores realmente que la no medicación; por ejemplo, los sujetos hipertensos no tratados desarrollan trastornos de erección más a menudo que los tratados.

Para finalizar este apartado es necesario señalar un aspecto especialmente relevante en cuanto a las intervenciones en salud sexual. Recordemos que hemos agrupado las causas de los problemas sexuales en tres categorías (factores predisponentes, factores precipitantes y factores de mantenimiento). En el contexto de la intervención clínica en problemas de salud sexual, **conocer o ignorar cuales son los factores etiológicos (predisponentes y precipitantes) resulta irrelevante para el tratamiento; saber cómo se originó una disfunción sexual no facilita un tratamiento**. Imaginemos una mujer que presenta un problema de vaginismo; como se ve en el cuadro 8, una de las posibles causas que se han mencionado como factor etiológico de este problema es haber sufrido un problema físicamente traumático; por ejemplo, nosotros hemos tratado a una mujer que padecía este problema y que asociaba su aparición a un accidente que sufrió de niña (se cayó sobre una verja de hierro, produciéndose heridas en la vulva); entre los síntomas que mostraba cuando

acudió a nuestra consulta mencionó que no podía ponerse tampones, ni ser explorada por el ginecólogo y, obviamente, no podía mantener relaciones sexuales con penetración vaginal. Cualquiera puede deducir que para ayudar a esta mujer a resolver su problema no hacía falta conocer la causa, de hecho no sabemos si la "causa" señalada por ella era o no la verdadera responsable de su problema.

Cuadro 8: Vaginismo

Adaptado de : http://www.vaginismus-awareness-network.org/why_sp.html

El vaginismo se produce cuando los músculos que rodean la vagina (esfínter vaginal) se contraen involuntariamente, produciendo un espasmo que mantiene la vagina cerrada, impidiendo la penetración. La severidad del vaginismo puede variar de una mujer a otra, de modo que los síntomas pueden ser diferentes, de modo que cada mujer puede presentar todos los síntomas siguientes o sólo algunos de ellos: no poder insertar tampones en la vagina, no poder realizarse un examen médico pélvico, no poder insertar el propio dedo en la vagina, no poder realizar la penetración durante el acto sexual, dolor cuando se intenta la penetración debido a la contracción muscular, pérdida del deseo sexual cuando se intenta la penetración.

POSIBLES CAUSAS DEL VAGINISMO

De acuerdo a algunos de los estudios sobre el vaginismo la mayoría de las mujeres quienes fueron entrevistadas acerca de sus creencias sobre las causas de su vaginismo, revelaron lo siguiente:

Sus principales causas del vaginismo fueron:

1. **MIEDO AL DOLOR, MIEDO AL SEXO CON DOLOR** Usualmente causado por mitos sobre el sexo, como al dolor la primera vez que lo vas a hacer, hímenes rotos, la rudeza del hombre, etc.
2. **EDUCACION MUY ESTRICTA O RELIGIOSA, QUE VE AL SEXO COMO ALGO MALO** Comentarios negativos o conflictivos acerca del sexo en la familia o en el círculo de amigos (el sexo prematrimonial es malo, el sexo es malo, las mujeres que quieren tener sexo son malas...si tienes sexo con tu novio antes de casarte es que no te quiere y te va a dejar y después nadie te va a querer!...las mujeres que no les gusta el sexo son frías, las mujeres que no tienen sexo están amargadas, los hombres dejan a las mujeres que no pueden tener sexo, a las mujeres que les gusta el sexo son prostitutas, etc...Qué es lo que uno puede hacer entonces?)
3. **TRAUMA- EXPERIENCIAS TRAUMATICAS EN LA NIÑEZ** Muy interesante, el trauma no tiene que ser necesariamente de naturaleza sexual, aunque tiene que ver con la vagina (ej: cortadas de la vagina, exámenes pélvicos dolorosos, infecciones) o con otros órganos o partes del cuerpo, por ejemplo: experiencias traumáticas relacionadas con la boca (ej: dentista), el estómago(cuándo te meten catéteres o medicinas a la fuerza), experiencias que te horrorizaron

(ej: mientras nadabas, jugabas, etc.), el ano, etc.

Cualquier cosa que la hayas visto como INVASION FÍSICA...

Otras posibles causas son las siguientes:

- Ansiedad General o Específica (pero de nuevo, esta ansiedad se puede originar en alguna de las cosas citadas anteriormente o en las siguientes...)
- Violación, Abuso Sexual o Intento de Abuso Sexual
- Experiencias de penetración dolorosa (con tampones, con un espejo, etc.)
- Experiencias previas de sexo con dolor, no haber disfrutado el sexo con tu pareja
- Violencia doméstica o demasiado conflicto entre los padres
- Haber sido testigo de sufrimiento por abuso físico en la familia de origen
- Haber sido amenazada, padre dominante, moralista pero sexualmente perverso
- Madre invasora, intrometida o abusiva, o simplemente una madre que sufrió de vaginismo sin recibir la ayuda para lidiar con las causas fundamentales.
- Padres-Pariente-Amigo-Pareja que fue demasiado abierto (y gráfico) sobre el sexo y la sexualidad y que no pudo ver que tu no estabas lista aún para manejar toda esa información.
- Experiencias negativas relacionadas con la menstruación (comentarios negativos- dolor extremo-haber sido expuesta a la información sexual antes de estar lista- sentirte sucia-vergüenza)
- Conocimiento o haber sido testigo de una violación sexual (aún en TV, en un libro, en donde sea en donde la mujer se sienta identificada con la víctima)
- Miedo al embarazo, comentarios negativos o falsos mitos acerca de dar a luz, o miedo a tener un hijo cuando aún no estamos listas para tenerlo.
- Ser intimidado en la escuela, acoso sexual en la escuela, ser testigo de un acoso sexual en la escuela.
- Baja autoestima en tu físico.
- Extrema tensión en todo tu cuerpo (ej. Dolores de cabeza, dientes tensos, etc.)
- Problemas musculares como el Síndrome de Piroformis (Ciática) etc.
- Endometriosis
- Incapacidad afectando la parte baja de tu cuerpo
- Problema físico causando dispareunia (sexo con dolor), como la cistitis, etc.

Datos de:

WARD E, OGDEN J. (1994) Experiencing Vaginismus: sufferers beliefs about causes and effects - Sexual and Marital Therapy - Vol. 9, No. 1, pp: 33-45

Reissing E. et al. (1999) Does vaginismus exist? A critical review of the literature The Journal of Nervous and Mental Disease 187 (5): 261-271

Silverstein JL. (1989) Origins of psychogenic vaginismus. Psychotherapy and Psychosomatics 52 (4):197-204 (abstract)

El abordaje terapéutico de los problemas sexuales, el tratamiento sexológico se fundamenta en lo que hemos llamado "factores de mantenimiento"; son estos los que es necesario identificar y "controlar" para ayudar al paciente a solucionar su problema de salud.

El conocimiento de los factores etiológicos solo resulta útil en las intervenciones encaminadas a la prevención de problemas de salud sexual y por lo tanto en la educación para la salud sexual. En resumen, cuando trabajamos en problemas de salud relacionados con los comportamientos de las personas, **la prevención debe fundamentarse en el conocimiento etiológico y el tratamiento, la intervención clínica, en el establecimiento de las relaciones funcionales entre los factores de mantenimiento y la conducta problema.** Así, el modelo médico etiológico que tan buenos resultados produce, por ejemplo, en el tratamiento de los problemas infecciosos, resulta del todo ineficaz en los problemas de comportamiento, como lo son los problemas sexuales.

Quiere esto decir que todos los esfuerzos que se dediquen a "identificar el origen" del problema sexual, no solamente no servirá de ayuda a resolverlo, sino que irán en detrimento de la eficiencia de la intervención al no dedicar los esfuerzos a lo verdaderamente relevante para el tratamiento. De esta forma, a nuestro juicio, los llamados "modelos dinámicos" de acercamiento a estos problemas adolecen precisamente de este defecto y carecen de la eficiencia que presentan el acercamiento conductual.

En relación a lo dicho hasta ahora, veamos, por ejemplo, el siguiente texto¹:

"En un gran número de casos, la eyaculación precoz, ocurre en el intento de ejecutar el acto sexual, y no en la práctica masturbatoria, lo que lleva a considerar que es precisamente en presencia de la mujer que se produce la interrupción. Este síntoma aparece ligado a características, que se agrupan en dos vertientes. Por un lado, hombres inertes, pasivos, sin energía para las relaciones; y por otro, hiperactivos, que parecen vivir

¹ Tomado de <http://ichokozak.blogspot.com/2010/03/neurosis-y-trastornos-sexuales-en-el.html>

en un estado de perpetuas prisas y en toda actividad alcanzan sus objetivos de modo precipitado. El neurótico que hace todo de prisa, parece estar huyendo de sus resistencias inconscientes y hace todo febrilmente porque en cualquier momento renuncia a todo, en cualquier momento lo interrumpen. Estas peculiaridades, se extienden a otras áreas, donde a la menor dificultad abandonan la cuestión. Uno de los rasgos destacables, es el narcisismo exacerbado que marca la dificultad para dar o entregarse, para producir amor con otro o para otro, porque más bien están en posición de recibirlo. Una posición psíquica, que puede interpretarse como una estructura dominante histérica, en el sentido que teoriza el Psicoanálisis, de que está en juego un deseo de un deseo insatisfecho y, están más en posición de ser amado, admirado que de admirar o amar".

Trate el lector de encontrar, dado el origen que se supone al problema de eyaculación precoz (en este caso se dice que puede deberse a una cosa o a su opuesta: pasividad-hiperactividad... lo cual es no decir nada), en qué debería consistir el tratamiento (seguramente "ir al origen" del problema en la infancia, pero si el "daño" que se produjo en la infancia ha de ser "prevenido" en el momento evolutivo en que se produjo... estamos hablando de un problema sin solución... no se puede prevenir algo que ya sucedió), qué herramientas terapéuticas sería necesarias (¿magia negra?), cuando estima que podría llegar a durar la intervención (?) y que probabilidad de éxito se puede prever (?).

En contraposición a lo anterior, considérense las características de las técnicas de intervención psicológica que está basadas en las aportaciones e la Psicología científica que presentamos en el cuadro 9

Cuadro 9: Algunas características distintivas de las técnicas de intervención psicológica

1. Los procedimientos y técnicas de intervención están fundamentados en la psicología experimental. Las intervenciones derivadas del “folklore clínico” o de teorías no verificadas no son un soporte adecuado para un tratamiento.
2. La conducta normal y anormal se rigen por los mismos principios, ambos tipos de conducta se aprenden y desaprenden en las condiciones del medio social. Existen también influencias de factores genéticos, constitucionales o de predisposición, cuando se comprueba su presencia se les considera como una base estructural sobre las que se operan las variables de aprendizaje en la determinación de la conducta. Por ejemplo, en el caso de una persona con un problema de artritis, el paciente podría anticipar “resultados negativos” al intentar mantener relaciones sexuales, por temor al dolor en la fase de caricias; esta puede ser una situación en la que cabría una de intervención conductual respecto a la ansiedad que se genera y, quizás también, entrenamiento en técnicas de solución de problemas para buscar otras alternativas de disfrute durante la actividad sexual, evitando o minimizando el dolor.
3. El objeto de cualquier intervención psicológica es la modificación o extinción de comportamientos desadaptados, sustituyéndolos por otros adaptados. El propósito de los tratamientos es producir un cambio conductual observable y medible, directa o indirectamente, en alguna o en las tres modalidades de respuesta: motoras, fisiológicas, cognitivas. A lo largo de estos apuntes se presentan diferentes técnicas de intervención que buscan efectos en cada una de estas respuestas (por ejemplo, técnicas cognitivas como la parada de pensamiento, técnicas de control emocional que se manifiestan en la respuesta fisiológica, o procedimientos operantes que guardan relación con la conducta motora)
4. La evaluación, y el tratamiento son funciones integradas, estando la una en función de la otra. El establecimiento de los objetivos y la planificación del tratamiento dependen del análisis conductual, la evaluación de los resultados obtenidos determinará si ha de continuarse el tratamiento y reformular el programa. La evaluación y tratamiento han de estar adaptados a cada tipo de problema, las características únicas de cada caso y el contexto concreto en que se aplican, ya sea a nivel individual, grupal o comunitario.
5. Es necesario especificar de forma objetiva, clara, precisa y estructurada los objetivos, tratamiento y contexto de aplicación, así como los métodos para evaluar su eficacia.
6. Es un enfoque centrado en el aquí y ahora, el énfasis se coloca en los determinantes actuales del comportamiento, la historia pasada es relevante solamente en la medida en que informa de variables que influyen en la conducta presente.