

# Actitud proactiva con las pacientes en las diferentes situaciones

FRANCISCO CABELLO SANTAMARÍA

*Instituto Andaluz de Sexología i Psicología*

## INTRODUCCIÓN

Aunque a nivel psicológico la actitud proactiva ha sido ampliamente estudiada, tanto en el campo de la psicología social como en el estudio de la personalidad, probablemente no se difunde al ámbito aplicado de la salud hasta algún tiempo después de que Stephen R. Covey, MBA en Administración de Empresas de la Universidad de Harvard, publicara “Los 7 Hábitos de la Gente Altamente Efectiva”<sup>(1)</sup>, entre los que destaca el hábito de la “proactividad”.

La proactividad, que sería lo contrario de la reactividad, implica positividad, búsqueda, optimizar, ir por delante, etc., que trasladado al campo sanitario conlleva dar más información al prestar atención al paciente, así como establecer una relación de confianza personal y comprobar que el paciente ha obtenido la información necesaria, la ha comprendido y asimilado correctamente, para seguir bien su tratamiento. También incluye la exploración de aspectos relacionados con su bienestar psíquico y social.

Una actitud proactiva es un valor añadido en la relación médico paciente que facilita la adherencia terapéutica, además de identificar proactivamente a aquellas personas que requieren recomendaciones en cuanto a sus cuidados.

En este módulo se tratarán de forma resumida, diferentes formas de actuar proactivamente en la detección de los trastornos sexuales de la mujer y el *counseling* que favorecerá una adherencia a los tratamientos, así como una mejoría de la vida sexual a nivel individual y en pareja.

Aunque quizás la clasificación más conocida sea el DSM-5 (APA, 2013)<sup>(2)</sup>, en este texto seguiremos la propuesta por la International Society

for the Study of Women’s Sexual Health<sup>(3)</sup>, que es más específica, más actualizada y ajustada a la clínica diaria, y configurada por expertos más especializados en el campo de la Sexología y no solo en la Psiquiatría como ocurre con el DSM-5.

## TRASTORNO DE LA EXCITABILIDAD

Independientemente del motivo por el cual una mujer acude a consulta de ginecología siempre es conveniente explorar de forma proactiva cómo se encuentra a nivel sexual. Para ello en el caso del trastorno de excitabilidad se deberían emplear las siguientes preguntas:

- ¿Nota tensión, sensación de calor o sensación pulsátil en la vagina o área genital durante la actividad sexual?
- ¿Percibe la lubricación genital cuando inicia algún tipo de actividad erótica?
- ¿Recientemente ha notado que ha disminuido la cantidad de lubricación?
- ¿Siente tensión genital y lubricación ante la visualización de escenas o lecturas eróticas?
- ¿Le resulta placentero ser tocada y acariciada de manera sensual?
- ¿Se siente molesta o le genera angustia no excitarse?

Si las respuestas son afirmativas, se debería pasar el cuestionario Female Sexual Function Index<sup>(4)</sup>, concretamente la versión validada en español y una vez confirmado el diagnóstico, de forma proactiva, se pueden hacer las siguientes recomendaciones:

En primer lugar hacer una “Potenciación de la erotofilia”<sup>(5)</sup>. Consiste en trabajar en el sentido de eliminar las actitudes negativas y prejuicios

en torno a la sexualidad, haciendo referencia a las ventajas para la salud, en general, que conlleva una sexualidad sana. En esta fase se dedica tiempo a explicar la respuesta sexual femenina, combatir las creencias erróneas y comentar las distintas formas de expresar la sexualidad. Para facilitar el proceso se recomiendan lecturas sobre sexualidad de carácter educativo, lecturas y visualización de escenas eróticas.

En segundo lugar se ha de proponer un entrenamiento en “autoestimulación”, consistente en enseñar a la paciente a masturbarse (es usual en terapia usar el término “autoestimulación”, ya que en nuestra cultura la palabra masturbación suele ir asociada a la culpa por transgresión de normas religiosas).

Como algunas personas son reticentes al sexo en solitario, es necesario argumentar que es necesario para potenciar las fantasías eróticas y el deseo. Al mismo tiempo se le aconsejan lecturas eróticas y, al menos, dos minutos diarios de imágenes o películas eróticas.

En esta fase, se le instruye también para que practique las fantasías eróticas, concentrándose en ello, al menos, tres veces al día. A pacientes con dificultades para fantasear se les entrena en la elaboración de fantasías. Se puede apremiar a las mujeres a que experimenten un cambio de imagen, a hacer un registro diario de los posibles estímulos que puedan generarle alguna activación y estrategias de exposición a situaciones ansiógenas relacionadas con la sexualidad.

Desde el principio se enseñan técnicas de relajación y los ejercicios de Kegel<sup>(6)</sup>. Así, la mujer aprende a concentrarse en las distintas partes de su cuerpo, a sentirlo y, acto seguido, puede comenzar a explorarlo.

La mujer con un trastorno de la excitabilidad de toda la vida debe comenzar con la exposición de los genitales al espejo y exploración manual de los mismos sin intencionalidad respecto a la excitación. Después iniciará la autoestimulación con el chorro de agua de la ducha, lo que en nuestra experiencia constituye la manera más fácil para

iniciar una respuesta excitatoria. La mujer debe dirigir, con una presión consistente, el agua hacia el clítoris dedicándole un tiempo mínimo de cinco minutos y ayudándose a continuación de la mano.

No obstante, la forma más eficaz y rápida de conseguir la excitación es mediante el uso de un vibrador (hace unos años costaba que las pacientes los usaran, pero en la actualidad no suele haber ninguna dificultad). Al aconsejar el vibrador, se resalta que lo interesante es el uso externo, es decir, su aplicación sobre el clítoris y labios menores, aunque se puede jugar con la introducción vaginal, resultando de suma utilidad los vibradores vulvares.

Una vez conseguidos ciertos niveles de excitación se deben recomendar una serie de tareas para hacer en pareja. Siguiendo el modelo propuesto por el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología<sup>(5)</sup>, los pasos serían los siguientes:

### **Erotización sensual**

Se trata de una serie de medidas imprescindibles de afrontar y superar para progresar en el tratamiento. Consta de varios apartados:

#### *Prohibición del coito*

Desde la primera sesión se aconsejan tareas encaminadas a disminuir la ansiedad de ejecución y que permitan retomar un cierto nivel de erotismo. Para ello se prohíbe la realización del coito, que tiene como finalidad hacer desaparecer la ansiedad a través de la disminución o ausencia de lo que Beck y Barlow<sup>(7)</sup> denominaron “demanda de ejecución”. La prohibición del coito facilita que la mujer no esté sometida a la presión del fracaso.

#### *Revitalización y descubrimiento de mapas eróticos*

La mayoría de los terapeutas recomiendan en la primera sesión la focalización sensorial de Masters y Johnson<sup>(8)</sup>, es decir, masaje erótico. En el presente modelo la palabra focalización, de difícil retención y significado para algunos pacientes, ha sido sustituida por erotización, consistente en la

puesta en práctica de masaje sensitivo, recorriendo y explorando todo el cuerpo.

Por la experiencia clínica propia y a diferencia de otros autores, se ha determinado como tiempo idóneo dedicar 15 minutos al masaje por cada miembro de la pareja. En aquellos casos en que se sospeche que alguno de los dos va algo forzado, es conveniente reducir el tiempo a diez minutos, siendo preferible no llegar que pasarse.

La intervención se hará aproximadamente de la siguiente manera:

*“Van a dedicar 15 minutos cada uno para darse un masaje. Previamente deben haberse duchado y, aunque no es imprescindible, lo ideal es que lo hagan juntos. Se recomienda estar completamente desnudos y haber planeado la hora y el lugar para no ser molestados. Aun a costa de perder espontaneidad, es conveniente haber fijado el horario con antelación, de forma que no sea prácticamente necesario que ninguno de los dos tome la iniciativa y que una vez llegada la hora programada, se sepa que corresponde hacer las tareas (incluso pueden fijar el horario en la alarma del teléfono para que avise el momento de comenzar los ejercicios)”*.

En general, comenzará él dándole un masaje a ella, siempre sin tocar los genitales. Una vez transcurridos los 15 minutos, se invertirán los papeles. Lo ideal será repartir el tiempo dedicando cinco minutos a acariciar cuello y cara, otros cinco al tronco y los últimos cinco minutos a las piernas. Se tocarán acariciando y rascando pudiendo emplear labios y lengua (evitando amasar, que es más propio de la rehabilitación). Pese a tratarse de un masaje de marcado carácter erótico, se insiste en la idea de que ella debe relajarse durante el mismo.

Usando la estrategia psicológica de la “intención paradójica”, se le pide a la paciente que no se excite sino que se relaje, concentrándose en todo momento en el punto en que le están tocando.

El pronóstico se optimizará si se hacen las tareas con la mayor frecuencia posible, debiendo haber practicado la erotización al menos siete veces.

### **Comunicación sexual**

Para obtener buenos resultados es imprescindible una comunicación fluida, al menos, en lo relativo a la sexualidad.

Es común en parejas disfuncionales desconocer por completo las preferencias en materia sexual del otro, por eso se recomienda que cada día dediquen un tiempo preestablecido para hablar de sexualidad. En concreto, se dividirá el proceso en tres fases:

- a) Expectativas sexuales: Comentarán la sexualidad ideal de cada uno.
- b) Negociación: En este apartado negociarán las demandas mínimas necesarias para tener una sexualidad satisfactoria por parte de cada miembro de la pareja.
- c) Elaboración de fantasías: Una vez realizados los pasos anteriores, se recomienda la elaboración de fantasías sexuales conjuntas y, si les apetece, se les recomienda la construcción de distintos escenarios donde llevar a cabo la práctica de los ejercicios de erotización.

### **Erotización genital**

Una vez que la pareja se ha entrenado de forma aceptable en la erotización sensual es recomendable pasar a la siguiente fase, que en esta disfunción consta de dos apartados.

#### ***Erotización genital concentrándose en el tacto***

En este momento se pide a la paciente que dedique todavía cinco sesiones de masaje concentrándose en el punto en que le tocan, intentando relajarse mientras le acarician, a pesar de que la parte final de la sesión incluye acariciar los genitales (sin intencionalidad masturbatoria).

#### ***Erotización genital concentrándose en fantasías eróticas***

Transcurridas cinco sesiones concentrándose en el tacto, se solicita a la paciente que intente evocar fantasías eróticas, concretamente las mismas que usa en la autoestimulación.

A la mayoría les cuesta un tiempo desarrollar esta habilidad por lo que, a veces, es necesario prolongar el número de sesiones con esta tarea.

### **Erotización orgásmica**

A continuación, si la paciente se va sintiendo cómoda, se pasa a la denominada erotización orgásmica, que consta de dos fases:

#### *Caricias compartidas*

Tras realizar unos cinco minutos de erotización sensual y genital, deben iniciar un proceso de caricias compartidas con la finalidad de conseguir un cierto nivel de excitación. Sería como reproducir una relación sexual espontánea pero con la prohibición del coito.

#### *Autoestimulación delante de la pareja*

Si las tareas anteriores han evolucionado de forma adecuada, es el momento de pedir que comience a autoestimularse mientras él le acaricia cualquier parte del cuerpo. Tiene como objetivo que ella sienta el placer y la satisfacción que experimenta en solitario, siendo acompañada por su pareja. La satisfacción se correlaciona positivamente con la excitabilidad, de forma que si ella va sintiéndose sexualmente cómoda acompañada por él, sin el temor a quedar mal, las ganas de sexo se incrementarán.

#### *Masturbación compartida*

Si el desarrollo de las tareas anteriores ha culminado con éxito se procede a la masturbación compartida que, aparte de ser placentera, no suele generar demanda de ejecución ya que, tanto la paciente como su pareja, entienden que la eficacia sexual no está comprometida con esta práctica.

### **Coito libre**

Se permite tras un mes de llevar a cabo con éxito la masturbación compartida, aunque ambos suelen romper las normas durante la fase anterior.

## **TRASTORNO DEL ORGASMO**

La ausencia de orgasmo es una fuente frecuente de infelicidad para la mujer que no debiera pasar inadvertida en una consulta ginecológica, por lo que sería conveniente hacer las siguientes preguntas específicas:

- ¿Tiene dificultades, una vez excitada, para alcanzar el orgasmo?
- ¿Cuándo se excita, con que frecuencia consigue llegar al orgasmo?
- ¿Le ha ocurrido desde siempre o sólo recientemente?
- ¿Le preocupa o le produce angustia no tener orgasmo?

Es muy importante cuando una mujer está tomando algún tratamiento farmacológico preguntar: ¿Desde que toma el tratamiento, ha notado algún cambio en su sexualidad? Al mismo tiempo es una buena excusa para investigar acerca de la sexualidad de la paciente.

Al igual que en el caso del trastorno de excitabilidad, si las respuestas son afirmativas sería conveniente reforzar el diagnóstico pasando el índice de la función sexual femenina.

Una vez hecho el diagnóstico de anorgasmia habría que recomendar una serie de estrategias muy similares a las del trastorno de excitabilidad pero con ciertas variaciones, siguiendo el modelo del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología<sup>(5)</sup>.

### **Potenciación de la erotofilia**

Este apartado ha de llevarse a cabo en todas las disfunciones dado que existe evidencia de un mejor estado de salud y una mayor longevidad en mujeres con sexualidad placentera y que alcanzan el orgasmo<sup>(9)</sup>.

### **Autoestimulación**

Se llevara a cabo tal como se ha mencionado con anterioridad, si bien en el caso de la anorgasmia, donde hay una buena excitabilidad, van a resultar de especial utilidad los vibradores en forma de dedo para la estimulación clitoridea,



**FIGURA 1.** Autoestimulación con penetración a tergo. Mientras él penetra, ella se estimula el clítoris. (Fuente: Cabello, 2010).

que serán utilizados también por la pareja como se verá más adelante.

### Capacitación orgásmica

Mientras la mujer hace sus tareas de autoestimulación, se debe recomendar la práctica de la erotización sensual, erotización genital y erotización orgásmica tal como se ha visto para el trastorno de la excitabilidad. Una vez que la mujer ha conseguido con autoestimulación tener orgasmos delante de la pareja pasamos a la capacitación orgásmica que consta de tres pasos.

#### *Penetración con autoestimulación clitoridea*

Se le recomienda a ella que practique la autoestimulación tendida boca abajo y cuando domine la técnica, con o sin vibrador de dedo, su pareja pasará a la penetración en la postura *a tergo* (penetración vaginal por detrás). En una primera fase ella se estimulará su clítoris durante la penetración hasta conseguir el orgasmo con el pene dentro (Fig. 1).

#### *Penetración con heteroestimulación clitoridea*

El paso siguiente, si ha progresado satisfactoriamente en la etapa anterior, consiste en entrenar la consecución del orgasmo con la penetración

posterior mientras el compañero le estimula el clítoris. En este momento resulta de suma utilidad que él utilice el vibrador digital.

#### *Penetración sin estimulación clitoridea*

Si se ha superado la fase anterior, se puede dar por concluida con éxito la terapia. No obstante, muchas parejas en nuestro medio desvalorizan el orgasmo conseguido con estimulación clitoridea concomitante y no se conforman con la situación. En estos casos, se intenta que la mujer se estimule hasta estar cerca del "punto de no retorno", mientras el hombre mantiene un ritmo lento de empujes vaginales. Una vez ahí, la mujer avisará y el compañero acelerará el ritmo, dejando ella de acariciarse el clítoris y manteniendo la mente ocupada en la elaboración de fantasías eróticas.

Cuando se consigue el orgasmo se instruye a ambos miembros de la pareja en la "coital alignment technique" (CAT), que según algunos autores incrementa de forma notable la habilidad para obtener el orgasmo con la penetración vaginal<sup>(10)</sup>.

La bibliografía disponible defiende la postura en cabalgada mientras ella se acaricia el clítoris y empleando además los ejercicios vaginales de Kegel durante la posición en cabalgada. Sin embargo, por experiencia del autor, las contracciones de Kegel, en esta postura, hace que las mujeres pierdan la concentración en las fantasías cuando están haciendo los movimientos vaginales. Además, cuando alcanzan el orgasmo por autoestimulación clitoridea durante la penetración en cabalgada, rara vez se consigue la extensión orgásmica a otras posturas o la consecución del orgasmo sin estimulación. En suma, la posición *a tergo* aporta mejores resultados.

Llegados aquí se recomienda, al igual que en otras disfunciones, dejar un número de posibles encuentros eróticos para repasar ejercicios, tales como la masturbación de ella sola delante de la pareja y alcanzar el orgasmo por estimulación de él sin penetración.

Cuando se trata de un trastorno del orgasmo secundario, si se ha descartado que sea a conse-

cuencia de la ingesta de medicamentos o de una enfermedad orgánica, el pronóstico será por lo general muy pobre. En estos casos, la estrategia terapéutica que más resultados obtiene a largo plazo es generar habilidades de comunicación en pareja, ya que la etiología de la mayor parte de los casos esta forma clínica de anorgasmia, radica en conflictos relacionados con la intimidad.

## DESEO SEXUAL HIPOACTIVO

El deseo sexual hipoactivo es probablemente una de las mayores fuentes de conflicto en la pareja y, sin duda, la disfunción sexual más prevalente en la mujer.

Preguntas proactivas para la detección de la falta de deseo serían las siguientes:

- ¿Recientemente ha notado una disminución de las ganas para comenzar alguna actividad sexual?
- ¿Le gustaría que aumentara su nivel de deseo o interés sexual?
- ¿Recientemente han disminuido sus fantasías sexuales?
- ¿Ha bajado la frecuencia en tomar la iniciativa?
- En el pasado, ¿era bueno y satisfactorio su nivel de deseo o interés sexual?
- ¿Le preocupa o le provoca angustia su nivel de deseo?

En caso de que las respuestas sean positivas se puede verificar la existencia de un deseo sexual hipoactivo pasando el cuestionario "DESEA" creado y validado en España, específico para este diagnóstico<sup>(11)</sup> (Ver anexo).

Ante la falta de deseo es imprescindible hacer un diagnóstico diferencial entre la falta de deseo debida a problemas intrínsecos de la mujer psíquico u orgánicos, o bien a problemas derivados de la relación de pareja. De hecho, por orden de frecuencia el deseo sexual se pierde cuando hay problemas de pareja, disfunciones sexuales previas, trastornos del estado de ánimo, medicamentos, trastornos hormonales

y enfermedades crónicas como la diabetes, insuficiencia renal, etc.<sup>(12)</sup>. El cuestionario DESEA, permite diferenciar si el descenso del deseo es por razones interpersonales (pareja). Si lo predominante es un conflicto de pareja, no es conveniente comenzar por la problemática sexual sino intentar arreglar los elementos que componen la intimidad, obviando la clásica terapia sexual para entrar, en principio, en terapia de ajuste en pareja. De hecho, el primer paso consiste en conseguir que el compañero deje de presionar y no tome la iniciativa en ningún momento, pero al mismo tiempo no debe alejarse de su pareja, es más, debe comenzar a elaborar un proceso de seducción y atenciones intentando mejorar la comunicación, incrementando su tolerancia y comprensión de la situación. Para abordar el problema se hace necesario además una intervención que mejore la comunicación, el manejo de la ira, la potenciación de la intimidad relacional, etc., en la línea del esquema terapéutico propuesto por L'Abate<sup>(13)</sup> que escapa al contenido de este texto, pero resulta obvio que el tratamiento no puede ser el mismo cuando falta el deseo en una pareja de enamorados y uno de los miembros no encuentra el momento para tener relaciones sexuales ni tiene fantasías eróticas, a pesar de adorar a su pareja, que cuando se trata de una pareja de larga evolución y conflictuada.

Una vez confirmada que la etiología no es debida a problemas de pareja, de forma proactiva, se pueden hacer las siguientes recomendaciones:

### Potenciación de la erotofilia

Es imprescindible centrarse en favorecer los inductores del deseo, y para ello resulta útil aplicar ciertas medidas tales como:

- Trabajar las fantasías sexuales.
- Utilización de lecturas, películas o cualquier otro tipo de material erótico que pueda resultarle estimulante.
- Estudiar la posibilidad de cambiar de apariencia, visitar espectáculos eróticos, utilizar nuevos escenarios, etc.

### Autoestimulación

Recomendar maniobras de autoestimulación para adquirir un ritmo sexual adecuado y periódico. Una vez que la mujer se masturbe con regularidad y de forma placentera, se recomienda la práctica del acondicionamiento orgásmico de Maletzky<sup>(14)</sup> (autoestimulación con una fantasía erótica cualquiera, que justo antes de llegar al orgasmo se traslada a una fantasía con la propia pareja).

### Erotización sensual, genital y orgásmica

Se llevará a cabo de la misma forma que en los trastornos orgásmico y de excitabilidad, con la variante de que en todas las fases ella se concentrará en fantasías y practicará el acondicionamiento orgásmico.

Se recomienda que elaboren una especie de guión, para realizar conjuntamente, donde se especifican las actividades que se van a llevar a cabo. Si durante todo este tiempo el nivel de comunicación ha ido mejorando y el compañero ha abandonado la presión, podemos pasar a unas relaciones sexuales libres pero manteniendo el acondicionamiento y ejercitando distintos guiones en la forma de acceder al sexo, en las conductas que se van a seguir y en la forma de premiar por haber cumplido.

Se intentará que se establezca un ritmo de relaciones más o menos estable para crear un hábito. Además se deben programar distintas actividades eróticas que no terminen con el coito, para acostumbrar al varón y entrenarle en el sentido de que los estímulos eróticos no siempre tienen que ser finalistas. Además, de esta forma se aclimata a evitar futuras demandas inadecuadas.

Llegados a esta fase, algunas mujeres refieren encontrarse mucho mejor con relaciones más satisfactorias, pero persistiendo la inapetencia de iniciar las relaciones. En estos casos se debe proseguir la repetición de las tareas y, aunque continúe la desmotivación, se va creando un hábito saludable que satisface a la pareja y del que, a la larga, no se puede prescindir.

## TRASTORNOS POR DOLOR SEXUAL

Desde un punto de vista sexológico en este apartado entraría lo que en el DSM-IV<sup>(15)</sup> se denominaba dispareunia y vaginismo, y el DSM-5<sup>(3)</sup> ha pasado a denominar “Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración”, sin olvidar el consenso llevado a cabo por la International Society for the Study of Women’s Sexual Health (ISSWSH) y la International Pelvic Pain Society (IPPS)<sup>(16)</sup> respecto a la vulvodinia provocada por las relaciones sexuales.

Las preguntas claves en este proceso serían las siguientes:

- ¿Ha tenido dolor o malestar genital durante la actividad sexual o después del coito?
- Si es así ¿Ocurre con frecuencia? ¿Desde cuándo? ¿Ha tenido alguna infección, lesión o enfermedad genital reciente? ¿Ha consultado a algún médico?
- ¿El malestar afecta a sus relaciones sexuales?
- ¿Puede ser penetrada?
- ¿Nota sensación de espasmo vaginal?
- ¿Tiene miedo al dolor de la penetración?
- ¿Esta situación le genera angustia?

Es fundamental detectar la presencia de miedo, signo predominante en el vaginismo respecto a la dispareunia.

Las recomendaciones en este caso van a variar si se trata de un vaginismo, una dispareunia o una vulvodinia. En el caso del vaginismo se llevará a cabo una desensibilización *in vivo*, comenzando en primer lugar, como en los casos anteriores potenciando la erotofilia.

### Potenciación de la erotofilia

Se trabaja en el sentido de eliminar las actitudes negativas y prejuicios en torno a la sexualidad en general. Para facilitar el proceso se recomiendan lecturas sobre sexualidad de carácter educativo, lecturas y visualización de escenas eróticas, incluyendo algunas de las estrategias apuntadas por Heiman y LoPiccolo<sup>(17)</sup> para experimentar el orgasmo.

Desde el principio se instruye a la mujer para que practique los ejercicios de Kegel y planifique un ritmo de autoestimulación. Si no se masturba-



**FIGURA 2.** Posición “no demandante”. En esta postura la mujer se introduce los dedos del compañero y él se deja dirigir con la mano relajada (Fuente: Cabello, 2010).

ba con anterioridad se le darán las mismas indicaciones que para la anorgasmia.

#### **Permeabilización vaginal individual**

En esta fase se pide a la mujer que inicie la masturbación y aprovechando la lubricación se introduzca un dedo en la vagina mientras realiza el entrenamiento muscular de Kegel. Si le resulta fácil, intentará masturbarse manteniendo intravaginalmente un dedo de la mano contraria a la que usa en la autoestimulación. A continuación debe probar con dos dedos y después usará un dilatador vaginal.

En pareja pueden tener relaciones sexuales como antes de asistir a consulta pero con la prohibición expresa de no intentar la penetración.

#### **Permeabilización vaginal en pareja**

Superada la fase anterior, se explican los ejercicios de erotización vistos anteriormente, y dentro de la erotización orgásmica, se pasa a la introducción de un dedo por parte del compañero. Es recomendable usar la “postura no demandante” de Masters y Johnson<sup>(8)</sup>, donde ambos están sentados; ella con la espalda apoyada en el pecho de él, le cogerá un dedo y se lo introducirá en la vagina sin que él realice ningún movimiento (Fig. 2).

Si se ha superado esta fase, se procede de la misma forma con un dilatador. Los dilatadores



**FIGURA 3.** Pinzas para apretar labios menores y neurofeedback para relajarse y afrontar el dolor de la presión de las pinzas (Fuente Cabello, 2017).

deben ir progresivamente aumentando de tamaño, hasta alcanzar una talla ligeramente superior al pene del compañero.

#### **Capacitación coital**

Si las tareas han progresado de forma adecuada, se aconseja a la paciente que se introduzca los dilatadores en diferentes posiciones, pero especialmente en cabalgada, sentándose sobre el dilatador. A continuación su pareja sostendrá el dilatador mientras ella se lo introduce en cabalgada. Superado este paso se pide un mes de entrenamiento con el mismo ejercicio para después pasar a la introducción del pene en posición femenina superior, sin movimientos pélvicos, todo controlado y dirigido por ella. Esto es lo que Hawton<sup>(18)</sup> denomina contención vaginal. En esta fase es común que pueda haber un retroceso debido a la ansiedad anticipatoria ante la penetración.

Sólo cuando la mujer se encuentre relajada en esta etapa, se aconsejará que su pareja se mueva, primero con un ritmo lento de empujes para posteriormente seguir un ritmo espontáneo.

Las recomendaciones serán las mismas para la dispareunia pero en la vulvodinia provocada, si fracasa el tratamiento médico, se hace necesario poner en marcha estrategias que generen lo que se denomina “*pain self efficacy*”, es decir, técnicas que aumenten la capacidad de afrontamiento del dolor<sup>(19)</sup>.

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología entrenamos a las pacientes poniendo pinzas de las que se usan en BDSM (bondage, domina-



ción, sadismo y masoquismo) para apretar los labios menores, mientras la paciente se intenta relajar mediante *neurofeedback* (Fig. 3).

La mujer en casa se pondrá las pinzas durante 5 minutos cada hora o dos horas, aumentando progresivamente la presión. Posteriormente, cuando se ha incrementado su tolerancia al dolor deberá pasar a la introducción de dilatadores vaginales cada vez de mayor tamaño hasta que pueda mantener sin dolor el dilatador.

Aumentando la "*pain self efficacy*" se ha constatado que mejora la calidad de vida sexual tanto de la mujer como de la pareja<sup>(18)</sup>.

A modo de conclusión, es necesario señalar que cualquier tratamiento ginecológico va a tener una mayor adherencia por parte de la paciente si de forma proactiva se hace una detección posibles problemas sexuales y se dan los consejos pertinentes para mantener una sexualidad más saludable.

**ANEXO. CUESTIONARIO DESEA (DESEO Y AVERSIÓN)**

*Cabello-Santamaría, Del Río Olvera, Cabello-García, M. (2015). Rev Int Androl 13, 28.*

**Instrucciones:** Por favor señale con un aspa la casilla de su respuesta para cada una de las preguntas siguientes. Cada pregunta puede responderse de la siguiente forma:

N: Nada      UP: Un poco      B: Bastante      M: Mucho      MC: Muchísimo

Conteste a todas las preguntas pensando en el último mes	N	UP	B	M	MC
1. En los últimos seis meses, ¿con qué frecuencia ha tomado la iniciativa para comenzar alguna actividad sexual con su pareja?	0	1	2	3	4
2. En los últimos seis meses, ¿con qué frecuencia ha tenido ganas de sexo?	0	1	2	3	4
3. En los últimos seis meses, ¿se ha sentido incapaz de desear tener relaciones sexuales?	4	3	2	1	0
4. En los últimos seis meses, ¿hasta qué punto ha sentido que quiso evitar tener relaciones sexuales?	4	3	2	1	0
5. En los últimos seis meses, ¿se ha sentido triste o molesta/o por no sentir deseo sexual?	4	3	2	1	0
6. En los últimos seis meses, ¿se ha sentido culpable por no satisfacer a su pareja?	4	3	2	1	0
7. En los últimos seis meses, ¿se ha sentido ansiosa/o por no tener ganas de sexo?	4	3	2	1	0
8. En los últimos seis meses, ¿hasta qué punto se ha sentido preocupada/o por el futuro de su relación de pareja a causa de su deseo?	4	3	2	1	0
9. En los últimos seis meses, ¿se ha sentido mal ante la idea de frustrar a su pareja debido a su nivel de deseo?	4	3	2	1	0
10. En los últimos seis meses, ¿han surgido problemas en su relación debido a su deseo sexual?	4	3	2	1	0
11. En los últimos seis meses, ¿hasta qué punto ha sentido angustiada/o o ansiosa/o a su pareja por su nivel de deseo sexual?	4	3	2	1	0
12. En los últimos seis meses, ¿ha tenido sensación de rechazo a su pareja cuando ha comenzado un acercamiento sexual?	4	3	2	1	0
13. En los últimos seis meses, ¿ha tenido sensación de asco ante la idea de tener relaciones sexuales?	4	3	2	1	0
14. En los últimos seis meses, ¿ha tenido sensación de náuseas o molestias digestivas o dolor de cabeza ante la idea de tener sexo o durante la práctica de conductas sexuales?	4	3	2	1	0

*El cuestionario DESEA puntúa de 0 a 56.*

*Tiene tres dominios:*

- *Deseo: ítems 1, 2, 3, 4 y 5 (Máximo deseo 20 puntos- mínimo 0)*
- *Aversión: ítems 11, 12, 13 y 14 (Máxima aversión 0 puntos-mínimo 16)*
- *Estrés interpersonal (conflicto en la pareja): ítems 6, 7, 8, 9, 10 y 11 (Máximo estrés interpersonal 0 puntos - mínimo 24)*

*Puntuaciones:*

- *Deseo sexual hipoactivo grave: 0 a 5. Deseo sexual hipoactivo moderado: 6 a 8. Deseo sexual hipoactivo leve: 9 a 11.*
- *Aversión sexual grave: 0 a 4. Aversión sexual moderada: 5 a 6. Aversión sexual leve: 7 a 8*
- *Estrés Interpersonal grave : 0 a 5. Estrés Interpersonal moderado: 6 a 10. Estrés Interpersonal bajo: 11 a 15*

*Se considera disfuncional quien a nivel global puntúe menor o igual a 34*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Covey SR. Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva. 1ª ed. Barcelona: Paidós Ibérica, 2005.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual for mental disorders. 5th ed Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Parish SJ, Goldstein AT, Goldstein SW, et al. Toward a more evidence-based nosology and nomenclature for female sexual dysfunctions – Part II. *J Sex Med.* 2016;13:1888–1906.
4. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2000;26: 191-208.
5. Cabello F. Manual de sexología y terapia sexual. Madrid: Síntesis, 2010.
6. Kegel A. Sexual functions of the pubococcygeus muscle. *J Surg Obstet Gynecol.* 1952 Oct;60(10):521-4.
7. Beck JG, Barlow DH. The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding: Physiological patterns in erectile dysfunction. *Behaviour Research and Therapy.* 1986;24(1):9-17.
8. Masters WH, Johnson, VE. Human Sexual Inadequacy. New York: Bantam; 1970.
9. Palmore E.B. Predictors of the Longevity Difference: A 25-Year Follow-Up. *Gerontology.* 1982;22(6):513-18.
10. Eichel E, Nobile P. CAT la fórmula perfecta. Barcelona: Ediciones B, 1993.
11. Cabello-Santamaría, Del Río Olvera, Cabello-García M. Sexual pain disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2015 Nov;28(6):412-7.
12. Cabello-Santamaría F. El reto del deseo sexual hipoactivo de la mujer. *Revista Argentina de Sexualidad Humana SAHS.* 2006;17(1):7-15.
13. L'Abate L. Systematic family therapy. New York: Brunner Mazel, 1986.
14. Maletzky BM. Orgasmic reconditioning. Bellack AS, Hersen M (eds). *Dictionary of behavior therapy techniques.* New York: Pergamon Press, 1995.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., text rev. Washington, DC: Author; 2000.
16. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, et al. 2015 ISS-VD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodinia. *J Sex Med.* 2016;13(4):607–612.
17. Heiman J, Lopiccolo J. *Disfrutar el orgasmo.* Madrid: Océano Ámbar, 2000.
18. Hawton K. *Terapia Sexual.* Barcelona: Doyma, 1988.
19. Boerner KE, Rosen NO. Acceptance of Vulvovaginal Pain in Women with Provoked Vestibulodynia and Their Partners: Associations with Pain, Psychological, and Sexual Adjustment. *J Sex Med* 2015;12:1450-1462.