

# La técnica terapéutica de la desensibilización sistemática en el tratamiento de la disfunción erectiva, la dispareunia y el vaginismo

DOSSIER

**JOSE JOAQUIN MIRA SOLVES**  
Psicólogo. Centro de Orientación Familiar  
INSALUD. Alcoy

habituales en el caso de eyaculadores precoces), según se explica en el diagrama de la figura número 1, propuesto por Davison y Neale en 1974 y reformulado por Hogan (1978) en su modelo de interacción para entender la etiología de las disfunciones sexuales.

El esquema de la TS, que consiste básicamente en el «uso integrado de experiencias sistemáticamente estructuradas y, al mismo tiempo, la realización de sesiones terapéuticas conjuntas» (Kaplan, 1974, p. 11), dirige el foco de su atención terapéutica, por tanto, a los comportamientos inmediatos y objetivables (véase que no se dice observables) de los individuos. El cómo se adquieren, mantienen y pueden ser modificados esos comportamientos disfuncionales es la tarea terapéutica, que comenzará desde el primer instante con la recepción del paciente.

## LA TÉCNICA DE LA DS

Una de las técnicas de más uso en TC y por tanto, también en TS es la

DS, técnica eficaz en muchos casos para el tratamiento de las disfunciones sexuales, sobre todo si, como hacen Caird y Wincze (1977), consideramos a la DS como un modelo general, el cual engloba a una variedad de procedimientos y estrategias (entre los que se incluye, por ejemplo, la técnica de la Focalización Sensorial —FS—, de Master y Johnson) derivados del procedimiento desarrollado por J. Wolpe, en 1958, según el principio de «inhibición recíproca», que dice: «Si una respuesta antagónica de la ansiedad se realiza en presencia de los estímulos evocadores de esa ansiedad, de tal forma que se produce la supresión total o parcial de la ansiedad, entonces se debilitarán los lazos asociativos entre los estímulos ansiógenos y las respuestas de ansiedad.»

Como es sabido, la respuesta incompatible es la relajación muscular (en el esquema clásico), y la tarea es facilitada mediante la presentación gradual y paulatina (jerarquías) de los estímulos ansiógenos, primero en imaginación y posteriormente, si se precisa, en vivo.

Pese a la popularidad de esta técnica, vemos conveniente, antes de su presentación en el campo concreto de la TS, desarrollar unas notas sobre su lógica.

Como se sabe, el principio de inhibición recíproca ha sido duramente criticado, ya que la evidencia, puesta de manifiesto en diferentes estudios experimentales (Lang y Lazovick, 1963; Paul, 1966, y Paul y Shannon, 1966), contradice los presupuestos teóricos de Wolpe sobre el porqué de la efectividad de la técnica terapéutica por él desarrollada (nota 2). En este sentido, se ha demostrado en un estudio de casos que ninguno de los elementos considerados por Wolpe como fundamentales son imprescindibles para el éxito de la terapia, elaborándose, según autores, diferentes modelos explicativos del porqué de la eficacia del procedimiento de la DS. Por ejemplo, como alternativas a la inhibición recíproca se han propuesto: la hipótesis del cambio en la rotulación cognitiva de Valins y Ray (1967); el modelo de habituación máxima de Lader y Mathews (1968); la hipótesis de la extinción de Wilson y Davison (1971), y el modelo de habituación dual de Watts (1979), entre otros.

Hasta la fecha, sin embargo, no podemos atribuir a ninguno de los modelos arriba reseñados una contribución decisiva al problema de establecer, de forma definitiva, las bases teóricas y experimentales de la DS, puesto que, como se pone de manifiesto en la práctica clínica diaria,

## INTRODUCCION

Desde la óptica global de la terapia del comportamiento y, por tanto, también en el campo concreto de la terapia sexual, se considera que las disfunciones sexuales son «problemas aprendidos» —conductas inadaptativas aprendidas según las leyes del aprendizaje (nota 1)— que, una vez adquiridas, se mantienen —por lo general— o por la ansiedad que el individuo experimenta en cada contacto sexual (p. e., rol de espectador) o por otros patrones de conducta inapropiados (p. e., tareas distractoras



queda en muchos casos por delimitarse claramente qué componente de la ansiedad (atendiendo al modelo tridimensional propuesto por Lang en 1968) es el responsable del cuadro que presenta el paciente, quedando por consiguiente pruebas inequívocas

de su eficacia terapéutica, pero dudas acerca de sus bases teóricas y elementos fundamentales.

### LA DS EN TERAPIA SEXUAL

En el caso de la TS, la técnica de la DS se utiliza ampliamente, no en va-

no una de sus primeras aplicaciones fue en el tratamiento de dos casos de «impotencia» (Wolpe, 1958), aunque hoy en día —como sugerimos más arriba— la DS haya sufrido importantes variaciones en el formato de su uso, tal y como vamos a ver.

### DS EN IMAGINACION

En el caso de la TS, la DS en imaginación consta de cinco pasos: 1, entrenamiento en relajación; 2, elaboración de una jerarquía de situaciones ansiógenas; 3, práctica en imaginación; 4, aplicación de la escala de ansiedad subjetiva; 5, aplicación de la técnica propiamente dicha.

Estos pasos se desarrollan de la siguiente forma: Se prepara al paciente mentalmente, explicándole cuánta gente tiene dificultades sexuales, y se exploran las razones de su problema en la actualidad. A continuación se explica que la base del tratamiento es la idea de que con frecuencia muchas personas tienen actitudes y sentimientos hacia el sexo que han sido de una u otra forma aprendidas, y lo que se espera con la terapia es que pueda aprender otras nuevas, olvidando las anteriores, para poder comportarse de una forma distinta con respecto al sexo. Se detalla en qué medida la ansiedad inhibe la excitación y cómo la respuesta de relajación muscular es antagónica de la de ansiedad. Esta relación entre relajación y ansiedad se comenta explicando la relajación muscular según Jacobson (1938), describiéndose cómo es posible estar ansioso por algunos comportamientos sexuales y cómo es posible también listar estas conductas y valorarlas de más a menos ansiedad. Se afirma que el rol del terapeuta no es resolver el problema, sino ayudar a que el paciente, por sí mismo, lo supere.

Como apoyo se emplean cuestionarios tales como las escalas de actividades sexuales de Bentler (1967, 1968), el inventario de miedos de Annon (1975a, 1975b) o el inventario de excitación/ansiedad sexual de Hoon y cols. (1976) para confeccionar la jerarquía de situaciones ansiógenas, tomar medidas objetivas y valorar los progresos terapéuticos.

Una vez explicado el desarrollo de la terapia al paciente, se comienza con el entrenamiento en relajación muscular, aproximadamente de 4 a 6 sesiones de unos 30 minutos cada una. Mientras tanto, se eligen unos 20 ítems de la jerarquía y se mantiene —si ello es posible— una entrevista con la pareja para aclarar puntos y llevar a cabo una fase de educación sexual, si se precisa.

Se realizan una o dos sesiones pa-

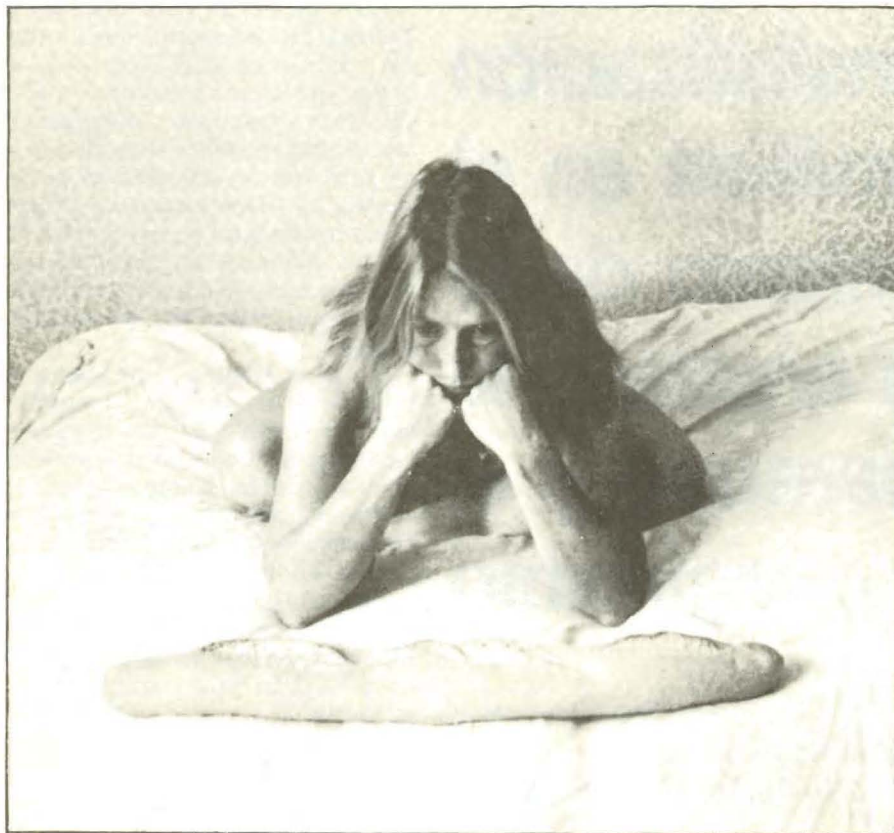
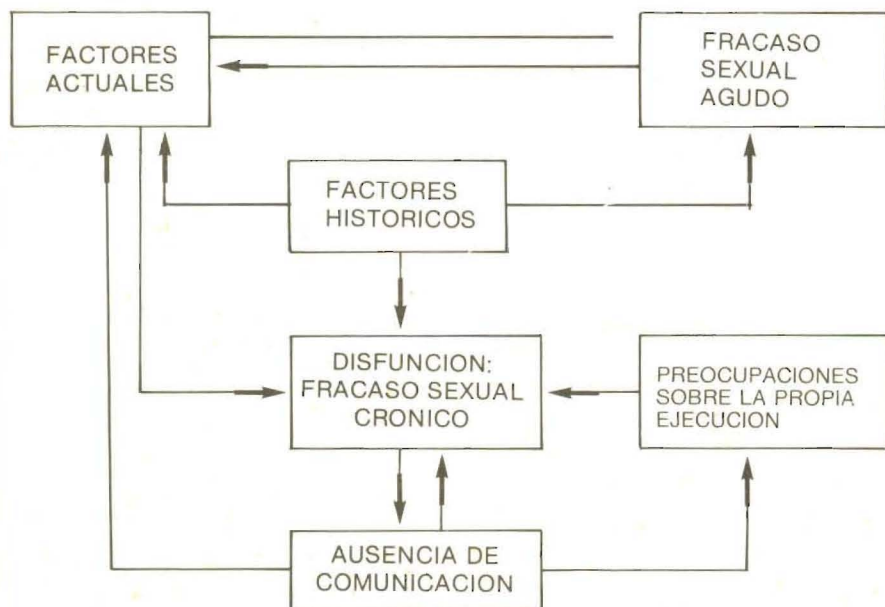


FIGURA N.º 1  
MODELO INTERACCIONAL DE GENESIS Y MANTENIMIENTO  
DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES



Extraído de Douglas R. Hogan, «The effectiveness of sex therapy: A review of the literature». En LoPiccolo & LoPiccolo, 1978.



ra asegurar que el paciente puede imaginar adecuadamente ítems de la jerarquía y comprobar que ciertamente experimenta ansiedad (en mayor o menor medida) cuando los evoca.

Para la aplicación de la DS se mantienen entre una y tres sesiones por semana, que comienzan con la relajación muscular tal y como antes se le explicó al paciente. Conseguida ésta se presenta el primer ítem de la jerarquía durante 7 segundos; si el paciente no experimenta ansiedad en ese tiempo se le dice que se concentre en las sensaciones de la relajación, dejándole imaginar el ítem durante otros 20 segundos. Se repite de nuevo el ítem y si durante 10 o 15 segundos no muestra el paciente ansiedad se pasa al ítem siguiente.

Si el paciente muestra, en cambio, ansiedad en algún momento de la presentación del ítem, o sospechamos que es así, se interrumpe su presentación y se dan instrucciones de relajación durante 20 o 30 segundos, repitiéndose esta secuencia, en las mismas condiciones, hasta que ésta no produzca ansiedad, procediéndose en este caso como se indicaba más arriba.

Ninguna sesión debe terminar con un ítem que provoque ansiedad y cada nueva sesión tendrá que comenzar con el último ítem de la jerarquía superado en la sesión anterior.

En algún caso concreto podemos entrenar como terapeuta adjunto (coterapeuta) a la pareja funcional —tal y como lo hacen Madsen y Ullmann (1967)— para que presente la jerarquía a la pareja disfuncional e induzca la relajación, aunque esto debe hacerse siempre bajo supervisión y, al principio, sea aconsejable que se realice en el hogar con aquellos ítems que hayan sido superados en la sesión con el terapeuta.

### DS EN VIVO

La DS en vivo se diferencia del caso anterior en que los ítems de la jerarquía son, en esta ocasión, situaciones reales y en que no se utiliza, por lo general, como agente inhibidor de la ansiedad la relajación muscular sino otras condiciones, como: sentimientos de seguridad proporcionados por la pareja, autorrefuerzo o la propia excitación sexual.

Dentro del modelo de DS en vivo, la aproximación más utilizada y conocida es la recomendación de los ejercicios de FS sugeridos por Master y Johnson (1970), que pueden considerarse como una variante de la DS, «por contacto» (Morris, 1980) en la que se encuentran presentes: jerar-

quía de situaciones ansiógenas, modelado, *feedback* informativo y práctica en vivo; y que, tras una fase de educación sexual, la recomendación de abstenerse de relaciones coitales y una adecuada explicación de la etiología del problema, se introduce la FS (técnica de DS en vivo propiamente dicha), según las siguientes instrucciones: «Cuando vayan a acostarse, se tumban uno al lado del otro (es preferible que la primera vez se hayan duchado con abundante agua caliente, para aprovechar la relajación con que se sale del baño), y, primero, la pareja funcional acaricia a la disfuncional. Tumbada boca abajo es acariciada la espalda, cuello, etc., de la manera más delicada que se pueda. Luego, desnudos, repiten la misma secuencia de caricias. Por lo general, en los primeros días se evitan los masajes y caricias en las zonas genitales, para en los sucesivos intentos ir incorporando estas áreas.» Se insiste en que mientras duren las caricias sólo se debe pensar en las sensaciones que se experimentan, olvidándose de todo lo demás. Se especifica: «Sea egoísta y concéntrese en sus sensaciones; a lo mejor encuentra nuevas formas de sentir, y, aunque no haya que hablar demasiado, es importante que le diga a su pareja qué es lo que le gusta y cómo.» Es importante que las caricias no sean mutuas, al principio, sino que se realicen según el orden preestablecido.

El ejercicio debe detenerse si se hace pesado para alguno de los dos, intercambiando entonces los papeles. Se aconseja, al menos al principio, que la pareja funcional no exprese sus deseos de satisfacción orgásmica, que lógicamente aparecerán. Si la experiencia tiene éxito se repite el ejercicio, incluyendo ahora la estimulación genital, recomendándose para ello la posición de disponibilidad propuesta por Master y Johnson (1970).

Como se ve, la FS consiste básicamente en el enfrentamiento gradual con las situaciones detectadas en la entrevista como ansiógenas, pero eligiendo como respuesta antagónica de la ansiedad otra diferente a la de la relajación muscular. El énfasis se pone al animar al paciente a que se exponga al hecho o actividad que considera amenazante, de tal forma que se van tocando, gradualmente, aquellas partes del cuerpo que se consideran «peligrosas», practicando caricias que se consideran más comprometedoras cada vez, partiendo de zonas del cuerpo sin connotaciones sexuales y empezando por situaciones sexuales que, en un primer momento, son consideradas por el paciente como agradables.

### PRACTICA REFORZADA

Por último, la técnica de la práctica reforzada (Leitenberg, 1976) —que puede considerarse como una elaboración a partir de la DS en vivo— es utilizada en TS para aquellos casos en los que, además de ser importante reducir la ansiedad que la pareja disfuncional presenta, se hace necesario —al mismo tiempo— instaurar en el repertorio conductual del sujeto nuevas conductas sexuales.

La técnica de la PR basa su eficacia en los siguientes puntos: práctica repetida, refuerzo social por el terapeuta o coterapeuta, *feedback* informativo, instrucciones preparadas para promover una expectativa de éxito.

Ejemplos de este tipo de acercamiento, en el caso concreto de la TS, son los ejercicios de exploración digital de la vagina o la posición coital de vagina quieta que más adelante explicaremos.

En resumen, los únicos elementos fundamentales de la DS que se mantienen en todos los acercamientos terapéuticos en TS son:

1. Empleo de una jerarquía de situaciones.
2. Propuesta de tareas concretas a realizar (ya sea la relajación muscular u otras actividades).
3. Asegurar una expectativa de éxito en los primeros contactos tras la entrevista con el terapeuta.
4. Animar a la pareja disfuncional —tras suministrarle información adecuada sobre la etiología del problema, ciclo de respuesta psicosexual y mitos y falacias sexuales— a realizar las conductas sexuales temidas, afrontando las cogniciones negativas sobre el propio rendimiento.

### DS EN EL TRATAMIENTO DE DISFUNCIONES SEXUALES

Pasamos a explicar cómo se trabaja con la DS en los casos de disfunciones sexuales (disf. erectiva, dispareunia y vaginismo).

Debe quedar claro, antes de continuar, que los comportamientos sexuales disfuncionales sabemos hoy que no en todos los casos pueden ser achacados a que el individuo que los muestre esté experimentando ansiedad que inhiba su adecuado desempeño sexual (Barlow, Sakheim y Beck, 1983; Beck y Barlow, 1983). Es evidente, por ejemplo, que el tratamiento de la eyaculación precoz es más eficaz y rápido cuando no se utiliza la DS, aunque se tengan indicios de que el varón esté muy preocupado por su propio rendimiento sexual, situación muy parecida a los casos de anorgasmia (LoPiccolo y LoPiccolo, 1978).



Hay que tener presente que en estudios con el suficiente rigor experimental se ha identificado el rol de lo cognitivo en la excitación, primero, y en su mantenimiento, después (Abrahmson y cols., 1983), llegándose incluso a redefinir la utilidad terapéutica de la FS como una actividad que favorece la recodificación por el paciente de sus conductas sexuales o, en términos más actualizados, con la idea de que es una actividad metacognitiva (Hartman, 1985), definida ésta como un segundo nivel de observación y control de las operaciones cognitivo-perceptuales que se dan en la interacción sexual, a la que se hace responsable de los cambios producidos en el rendimiento sexual de los pacientes.

Por todo esto, tenemos que considerar que la DS es eficaz en aquellos casos en los que las conductas se-

xuales o las aproximaciones o contactos sexuales se vean inhibidos por la ansiedad que el individuo experimenta ante la posibilidad de entablar un contacto sexual, siendo precisamente esto más probable que ocurra en los casos de disfunción erectiva, dispareunia y vaginismo.

#### DS Y DISFUNCION ERECTIVA

En los casos de disfunción erectiva el terapeuta debe proponerse tres objetivos: eliminar el miedo al fracaso (angustia por la pérdida de la erección); transformar el papel de espectador en el de actor, y eliminar el miedo de la mujer al fracaso de su pareja y a su propia frustración.

Los varones que padecen esta disfunción están muy preocupados por su adecuado funcionamiento sexual, exagerando su incapacidad y viendo, por lo general, a sus parejas como

mujeres agresivas y demandantes (sexualmente), lo que hace que cualquier sencilla caricia, tímido beso o insinuación inhiba rápidamente cualquier respuesta sexual del varón, provocándole sentimientos de incapacidad, máxime teniendo en cuenta que para el varón disfuncional suele ser ley que la única forma de expresión sexual normal es el coito.

El paquete terapéutico debe incorporar: reeducación (técnica sexual, cambio de actitudes); redirección del comportamiento sexual, que se debe disfrutar y no participar en una competición, que no hay que concentrarse en la erección y que no hay que fijarse una meta sexual concreta, y empleo de la técnica de la DS (en alguna de las variantes anteriormente explicadas) al objeto de eliminar la ansiedad por el propio rendimiento (Kaplan, 1974; Reynolds, 1977; Caird y Wincze, 1977; Hogan, 1978; Cooper, 1978, y Ellis, 1980).

El terapeuta debe asegurarse de que el paciente recibe un alto nivel de estimulación sexual (física y psicológicamente) por parte de su pareja. Si hay situaciones o actividades que provocan una respuesta de ansiedad notoria en el paciente podrán tratarse mediante la DS en imaginación, o bien se pasará a la DS en vivo, con las siguientes instrucciones: «Sentado, con la espalda apoyada en el respaldo de la cama, con las piernas separadas, se concentrará en las sensaciones que experimente mientras su pareja está estimulando su área genital. En esas condiciones, puede que tenga erección; en ese caso no debe intentar mantenerla o darse prisa por intentar el coito, sino que debe relajarse y dejar que su cuerpo responda libremente a la estimulación que recibe. Si tiene algo de erección (no se preocupe de cuánto) debe parar la estimulación para que pierda esa erección, y, tras unos 2 minutos o algo menos, reanudar las caricias para que vuelva la erección, al igual que la vez anterior. Este ciclo hay que repetirlo varias veces en cada ocasión.»

Es muy aconsejable que el varón logre el orgasmo en estos intentos extravaginalmente, siendo luego la mujer quien podrá obtener satisfacción orgásmica, si así lo desea. Para esta fase es importante que quede claro para la pareja que el coito no es la única forma de expresión sexual.

Cuando la respuesta de erección ante la estimulación manual se haya consolidado, se pasa al primer intento de coito, siendo importante —en esta ocasión— asegurarse de que la primera experiencia sea exitosa. Se aconseja que la posición coital sea la femenina superior o lateral. Se sugiere que antes de la penetración el pe-





ne sea estimulado manualmente y luego se introduzca en la vagina, permaneciendo quietos durante unos segundos. Se extrae el pene, propiciando que pierda la erección, para luego proceder de nuevo de idéntica forma para repetir el ciclo. En algunos casos, puede incluso ser aconsejable que tras esta experiencia de intromisión del pene en la vagina el varón experimente el orgasmo, aún, extravaginalmente.

Por último, se han introducido en la relación coital movimientos más libres hasta el orgasmo intravaginal, así como variación en las posiciones coitales. Se aconseja un seguimiento del caso durante un año, aproximadamente (Carrobbles, 1985).

### DS Y DISPAREUNIA

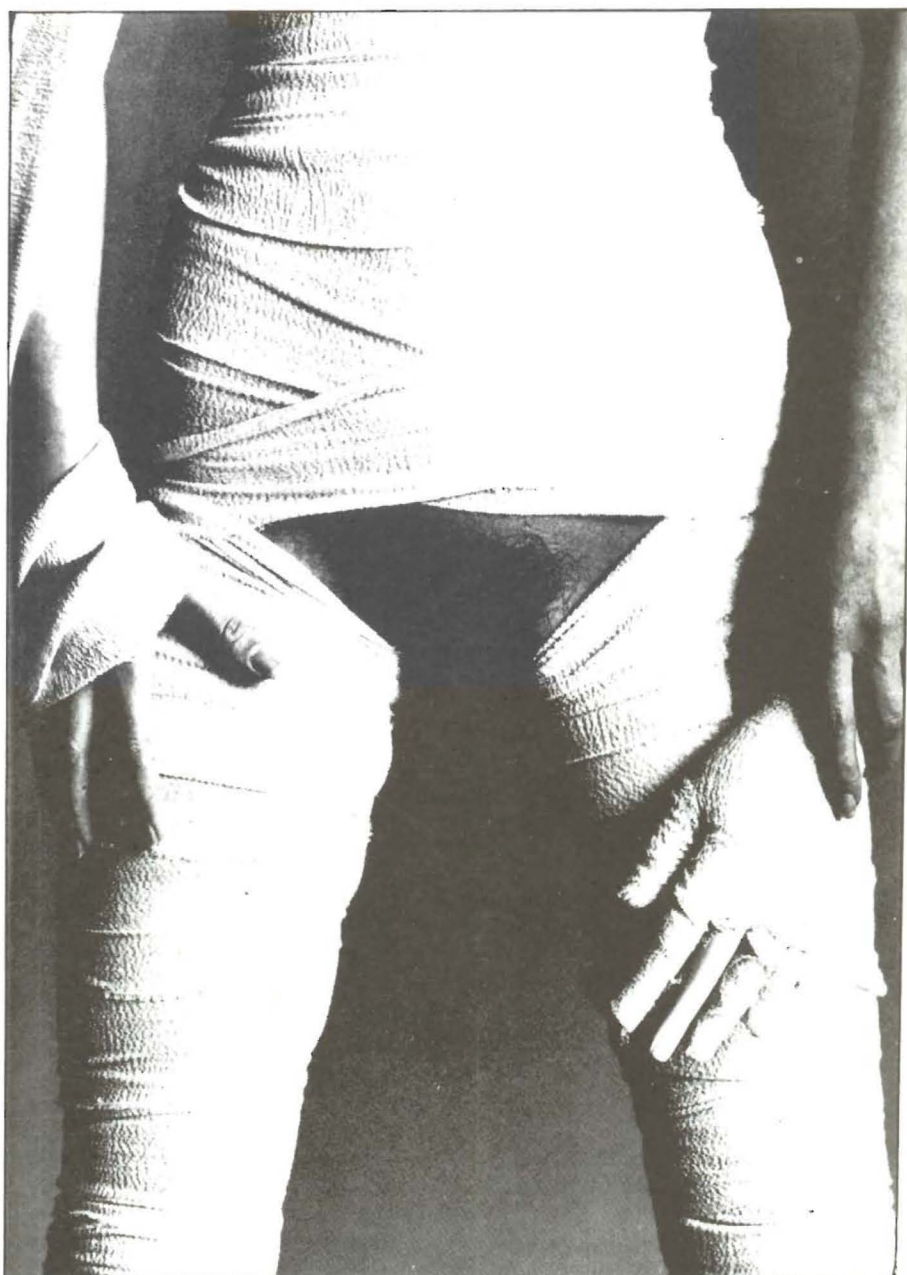
Una vez descartada patología orgánica (mediante la consulta a un ginecólogo), si se considera que existe un fuerte componente ansiógeno (que o bien impide una adecuada lubricación del introito vaginal, o bien se trata de una respuesta anticipatoria de daño o amenaza que provoca el «cierre» del introito vaginal) el tratamiento de elección es la DS, concretamente la práctica reforzada.

Si se piensa, además, que la paciente muestra una fobia sexual se recomienda, primero, la eliminación de esta sintomatología mediante DS en imaginación, procediéndose según quedó explicado antes.

En los otros casos, o seguidamente a la DS en imaginación, se procede según los principios de la práctica reforzada, con la siguiente cadena de actividades sexuales: ejercicios de exploración digital de la vagina (introducción de un dedo de la mujer en la vagina, explorando la pared anterior y realizando, al mismo tiempo, los ejercicios de Kline-Garber (1978); cuando ya no le moleste la introducción de un dedo, se pasa a dos, y así sucesivamente, hasta ser su pareja quien introduzca los dos dedos.

Una vez conseguido esto se pasa a la posición coital superior femenina, siendo la mujer quien debe guiar la intromisión del pene de forma lenta. Logrado esto, permanecen inmóviles durante unos segundos y únicamente es la mujer quien, cuando lo desee, puede comenzar los movimientos coitales, variando dirección y velocidad. Por último, se generalizan las posiciones coitales (Caird y Wincze, 1977; Lazarus, 1980; Mira, en preparación).

En algunos casos, si no es posible pasar a los intentos coitales con seguridad de éxito, se puede recomendar que la mujer se introduzca tam-



nes (mini, normal y/o súper), incluso durante toda una noche.

### DS Y VAGINISMO

El objetivo terapéutico que se persigue es la eliminación del espasmo de los músculos que rodean la vagina. Para ello se sigue la misma pauta que en el caso anterior, con la salvedad de que en estas ocasiones si que resulta, con más frecuencia, necesaria la aplicación de la DS en imaginación para preparar a la mujer para la fase siguiente.

El punto fundamental en el tratamiento del vaginismo es la introducción de los dedos (o de las bujías de Hegar) en la vagina —igual que en el caso anterior— mientras la mujer permanece relajada, fase de la terapia que sigue a la DS en imaginación y que se continúa con los intentos de coito en la posición femenina supe-

rior (Kaplan, 1974; Fuchs y cols., 1978); Leiblum y cols., 1980; Mira, en preparación).

Como antes, la primera experiencia de coito es fundamental para el resultado de la terapia, por lo que se insiste en «no correr», y el terapeuta deberá estar muy atento para determinar el momento idóneo para que se pase a los intentos de coito.

Suele ser muy importante, también, que durante la exploración ginecológica previa la pareja sexual de la mujer esté presente y observe cómo se produce el espasmo muscular.

Se aconseja un seguimiento de seis meses en este tipo de disfunción (Carrobbles, 1985).

### NOTAS:

1. Ver Carrobbles, 1985.
2. Ver Arribas y cols., 1985.



## REFERENCIAS:

- ABRAHMSON Y COLS. *The effects of Attentional focus and partner responsiveness on sexual responding*. Ctr. Stress and Anxiety Disorders. No publicado, 1983.
- ANNON, J. *The sexual fear inventory. Female form*. Enabling Systems. Inc. 1975a.
- ANNON, J. *The sexual fear inventory. Male form*. Enabling Systems. Inc. 1975b.
- ARRIBAS Y COLS. Desensibilización sistemática. *Informació psicològica*, 1985, set.-oct., n.º 23, 44-53.
- BARLOW SAKHEIM Y BECK. Anxiety increases sexual arousal. *Jo. Abnormal Psych.* 1983. Vol. 92. No. 1:49-54.
- BECK, J., Y BARLOW, D. *Current conceptualizations of sexual dysfunction: a review and an alternative perspective*. Ctr. Stress and Anxiety Disorders, manuscrito no publicado, 1983.
- BENTLER, P. «Heterosexual behavior assessment. -I. Males.» *Behavior Research and Therapy*, 1967, 5.
- BENTLER, P. «Heterosexual behavior assessment. -II. Females.» *Behavior Research and Therapy*, 1968, 6, 27-30.
- CAIRD, W., Y WINZCE, J. *Sex therapy. A behavioral approach*. Harper & Row publishers, 1977.
- CARROBLES, J. A. «Aprendizaje social y problemas sexuales: tratamiento conductual de las disfunciones sexuales. *Actas del I Congreso Español de Sexología*, 1985, pp. 155-183.
- COOPER, A. «Treatments of male potency disorders: The present status.» En LoPiccolo y LoPiccolo (Eds.). *Handbook of sex therapy*. Plenum Press, 1978.
- DAVISON, G., Y NEALE, J. *Abnormal Psychology: An experimental clinical approach*. N. Y. Wiley, 1974.
- ELLIS, A. «Treatment of erectile dysfunction.» En Leiblum y Pervin (Eds.). *Principles and Practice of Sex Therapy*, Guilford Press, 1980.
- FUCHS, K., y COLS. «Hypnoidesensitization therapy of vaginismus: In vitro and in vivo methods.» En LoPiccolo y LoPiccolo (Eds.). *Handbook of sex therapy*. Plenum Press, 1978.
- HARTMAN, L. «Attentional focus, sexual responding, and metacognitions. *The Jo of Sex Research*. 1985. Vol. 21. No. 2, 211-217.
- HOGAN, D. «The effectiveness of sex therapy: a review of the literature.» En LoPiccolo y LoPiccolo (Eds.). *Handbook of sex therapy*. Plenum Press, 1978.
- HOON, E., Y COLS. «An inventory for the measurement of female sexual arousability. The SAI. *Archives of Sexual Behavior*, 1976, 5, 291-300.
- JACOBSON, E. *Progressive relaxation*. University of Chicago Press, 1938.
- KAPLAN, H. *The new sex therapy*. Brunnel/Mazel, 1974.
- KLINE-GARBER, G., Y GRABER, B. «Diagnosis and treatment procedures of pubococcygeal deficiencies in women.» En LoPiccolo y LoPiccolo (Eds.). *Handbook of sex therapy*. Plenum Press, 1978.
- LADER, M., Y MATHEWS, A. «A physiological model of phobic anxiety and desensitization.» *Behavior Research and Therapy*, 1968, 6, 411-421.
- LANG, P. «Fear reduction and Fear behavior: problems in treating a construct.» En Shlien (Ed.). *Research in psychotherapy*. Vol. III. American Psychological Association, 1968.
- LANG, P., Y LAZOVICK, A. «Experimental desensitization of fobia. *Jo. Abnormal and Social Psychology*, 1963, 66, 519-525.
- LAZARUS, A. «Psychological treatment of dyspareunia.» En Leiblum y Pervin (Eds.). *Principles and Practice of Sex Therapy*. Guilford Press, 1980.
- LEIBLUM Y COLS. «Treatment of vaginismus: Success and failure.» En Leiblum y Pervin (Eds.). *Principles and Practice of Sex Therapy*. Guilford Press, 1980.
- LEITENBERG, H. «Behavioral approaches to treatment of neuroses.» En Leitenberg (Ed.). *Handbook of Behavior Modification*. Prentice-Hall, 1976.
- LOPICCOLO, J., Y LOPICCOLO, L. *Handbook of sex therapy*. Plenum Press, 1978.
- MADSEN, C., Y ULLMANN, L. «Innovations in the desensitization of frigidity.» *Behavior Research Therapy*, 1967, 5, 67-68.
- MASTER, W., Y JOHNSON, V. *Human sexual inadequacy*. Little, Brown and Co., 1970.
- MIRA, J. *Diagnóstico diferencial y tratamiento en los casos de dispareunia y vaginismo*. En preparación.
- MORRIS, R. «Fear reduction methods.» En Kanfer y Goldstein (Eds.). *Helping people change*. Pergamon General. Psychology Series. Vol. 52, 1980.
- PAUL, G. *Insight vs. desensitization in psychotherapy*. Stanford University Press, 1966.
- PAUL, G., Y SHANNON, D. «Treatment of anxiety through systematic desensitization in therapy groups.» *Jo. Abnormal Psychology*, 1966, 71, 124-135.
- REYNOLDS, B. «Psychological treatment models and outcome results for erectile dysfunction: a critical review.» *Psychological Bulletin*, 1977. Vol. 84, 1.218-1.238.
- VALINS, S., Y RAY, A. «Effects of cognitive desensitization on avoidance behavior.» *Jo. Personality and Social Psychology*, 1967, 7, 345-350.
- WATTS, F. Habituation model of systematic desensitization. *Psychological Bulletin*, 1979, 86, 627-637.
- WILSON, G., Y DAVISON, G. «Processes of fear reduction in systematic desensitization: animal studies. *Psychological Bulletin*, 1971, 76, 311-317.
- WOLPE, J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press, 1958.

