

# Recogida de datos y evaluación en orientación familiar

José Joaquín Mira Solves

Es frecuente encontrar en manuales, libros y artículos de revistas especializadas en Terapia Sexual un capítulo, o al menos un apartado, dedicado exclusivamente a la forma de evaluación del comportamiento sexual. La organización de este congreso no va a ser una excepción y se me ha invitado —no como especialista, sino como interesado en el tema— para que abra el debate sobre esta cuestión.

En primer lugar, y pese a entender que las funciones de un psicólogo en un COPF incluyen la evaluación y tratamiento de las personas aquejadas tanto de preferencias eróticas anómalas (desviaciones sexuales), transexualismo, desarmonía en la relación de pareja y fallos en el funcionamiento sexual (disfunciones sexuales), nos centraremos en esta ocasión en el último punto, por ser las personas con estas quejas las que más acuden a nuestras consultas.

En segundo lugar, vamos a limitar el debate en esta mesa de evaluación a los siguientes puntos, que espero de interés para todos: A) clasificación de las disfunciones sexuales e incidencia de las mismas en la población general; B) distinción entre causas remotas y actuales que mantienen las disfunciones; C) importancia de la recogida de datos para el programa terapéutico, y D) recogida de datos en Terapia Sexual mediante entrevista, autoobservación, autoinformes y registros psicofisiológicos.

### A) Revisión de distintas clasificaciones de las disfunciones sexuales

El desarrollo de la Terapia Sexual ha ido acompañado por la elaboración de distintos sistemas nosológicos para clasificar los problemas sexuales de varones y mujeres por parte de los autores más sobresalientes en el campo.

En los cuadros (diapositivas) 1 al 6 se detallan diferentes clasificaciones de las disfunciones sexuales, seleccionadas atendiendo a su mayor difusión. Comparando estos cuadros podemos observar ciertas modificaciones en la forma en que se entiende el proceso diagnóstico a lo largo de los años, destacando entre otras cosas las siguientes:

— Que los términos de impotencia masculina y frigidez femenina —tal y como son propuestos por Marks (1)— están actualmente en desuso. En su lugar se habla de ausencia de deseo, problemas de erección y problemas de eyaculación, en el caso del varón (2, 3, 4), y de disfunción sexual general, anorgasmia, vaginismo, dispareunia y fobias sexuales, en la mujer (5, 2, 3, 4).

— La introducción de dos nuevos ejes —que se añaden al propuesto por Master y Johnson (6), «momento en que se produce la disfunción»— para evaluar la ejecución sexual de una persona (5, 2, 4): eje situacional (disfunción presente de forma selectiva, en unos contactos sexuales, pero no en otros)-global (presente en todas las ocasiones y contactos sexuales); eje de incapacitación o gravedad (total-parcial).

— Una preocupación por los problemas sexuales de las víctimas de violación, abusos y de los disminuidos físicos (4).

— La definición de una nueva categoría diagnóstica que incluye las quejas de los pacientes relativas a: falsas creencias, inadecuada información, actitudes negativas ante la sexualidad, fobias y miedos sexuales, sensación de insatisfacción subjetiva (3, 4). Del mismo modo, a partir del trabajo de Kaplan (5) se hace incapié en la categoría diagnóstica «bajo deseo sexual», caracterizada por inhibición o fallo en la fase de deseo (2, 3, 4, 7).

— Tal y como se afirma en el punto anterior, se produce a raíz de diversos trabajos (8) la reformulación de las fases del ciclo de respuesta sexual propuestas por Master y Johnson (9), en especial a partir de la publicación de la DSM-III (2). Dicho esquema va a ser utilizado, además,



como instrumento diagnóstico al diferenciar en qué momento (fase) tienen dificultades o fallos de funcionamiento los pacientes que acuden a la consulta de terapia sexual.

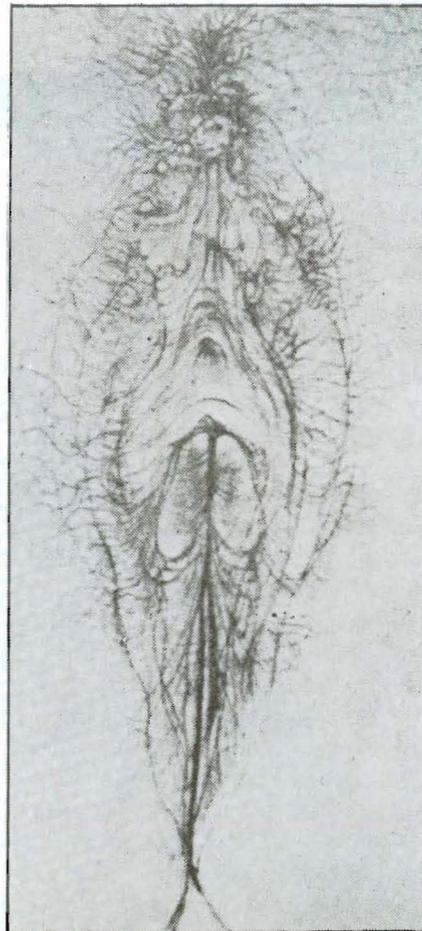
— La introducción de nuevas categorías diagnósticas trae consigo que las quejas sexuales de los pacientes no sean únicamente evaluadas en base a su rendimiento objetivo, sino que se introduce también un aspecto de «satisfacción subjetiva» con respecto a la calidad de la relación sexual (3).



— Las relaciones y puntos de vista de cada uno de los miembros de la pareja, puestos en común, determinan el criterio para considerar si una disfunción está presente o no, por ejemplo a la hora de definir una «eyaculación precoz» (8).

En esencia, al definir que una disfunción sexual —para una pareja en concreto— estará presente si se produce una «inhibición de los deseos o de los cambios psicofisiológicos que caracterizan el ciclo completo de respuesta sexual» (2) estamos defendiendo el empleo de un sistema descriptivo del comportamiento sexual de la pareja que nos permita la evaluación objetiva y nos aproximamos a una definición conductual de los fallos en el funcionamiento sexual de hombres y mujeres, tal y como lo plantean autores como J. Carrobes (4) o K. Freund y R. Blanchard (10) en sus capítulos de «Evaluación Conductual de las Disfunciones Sexuales».

Para terminar este punto, y en cuanto a datos sobre la incidencia de estos problemas en la población general, sólo decir que los resultados estadísticos son contradictorios y no hay cifras fiables. El gráfico n.º 1 muestra porcentajes aproximados de algunas disfunciones o quejas sexuales recopilados en base a otras estadísticas, por lo que deben entenderse como estimativos.



A modo de ejemplo, en el cuadro n.º 7 se presentan datos del número de quejas atendidas en la consulta de psicología del COPF de Alcoy durante los meses de noviembre-diciembre (1984) y enero (1985), sobre un total de 44 pacientes (Nota 1).

#### B) Causas remotas y causas actuales

Este proceso diagnóstico, del que hemos empezado a hablar en el punto anterior, también ha variado, considerablemente, con el énfasis que los terapeutas ponen a la hora de especificar las causas de los problemas sexuales de sus pacientes. A raíz de los trabajos de Master y Johnson, y sobre todo, a la enorme difusión posterior de «La nueva terapia sexual», de H. Kaplan, la forma «tradicional» de entender la etiología de las disfunciones sexuales ha ido, paulatinamente, siendo sustituida por un nuevo enfoque de corte conductual (15). La distinción entre causas **remotas** (por ejemplo, trauma sexual, conflicto neurótico, crianza, personalidad) y causas **actuales**, que están manteniendo actualmente la disfunción (por ejemplo inadecuada estimulación, preferencias eróticas diversas, ansiedad, rol de espectador) es, a todas luces, herencia de la terapia de conducta y obedece al hecho —repetidas veces probado—

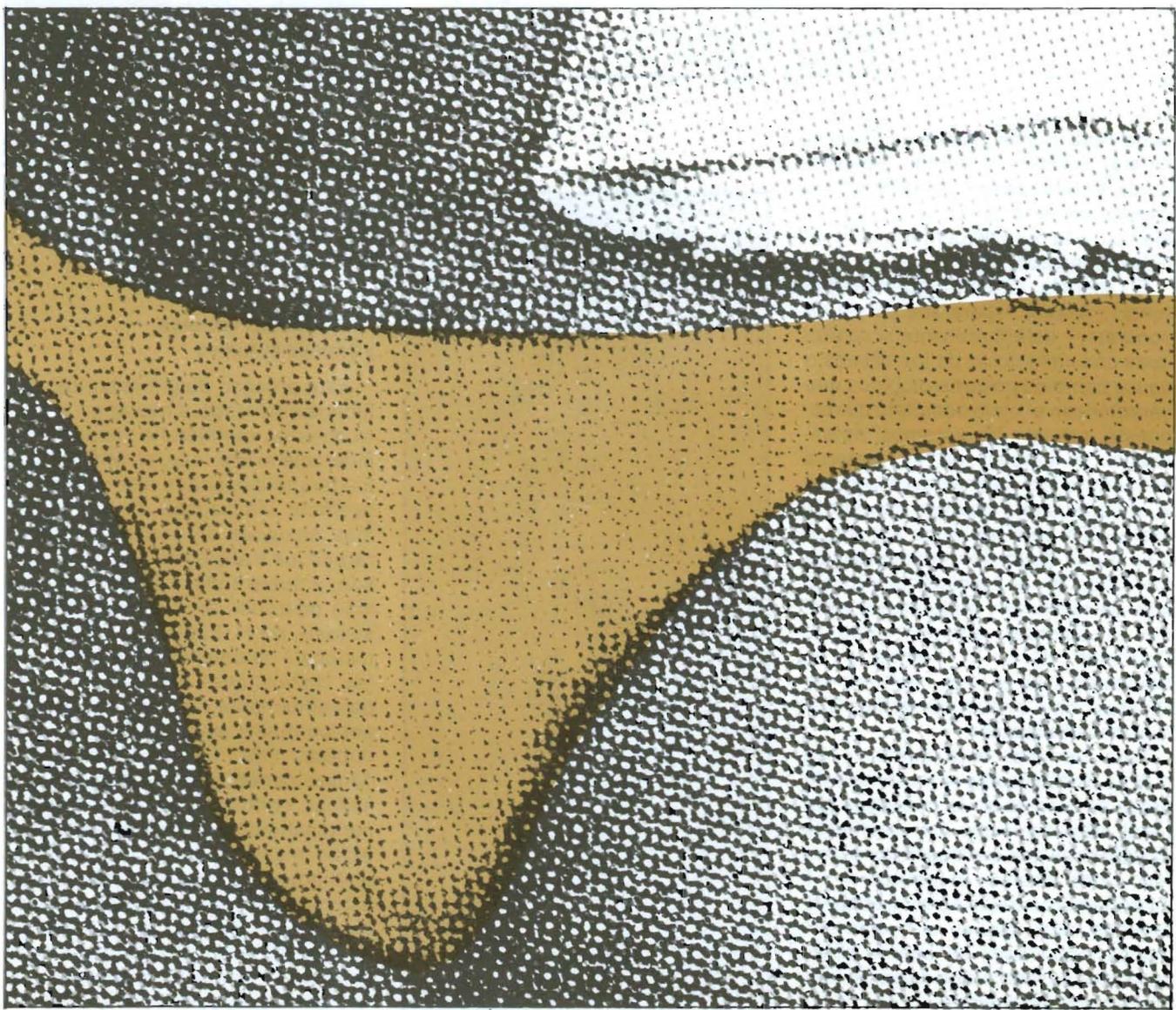
de que un tratamiento eficaz no depende del conocimiento preciso de la etiología remota del problema, ni de la elaboración de complicadas hipótesis sobre la misma, ni —incluso— de un diagnóstico correcto, sino más bien de una cuidada evaluación para elaborar un programa terapéutico acorde con las mismas (3, 8).

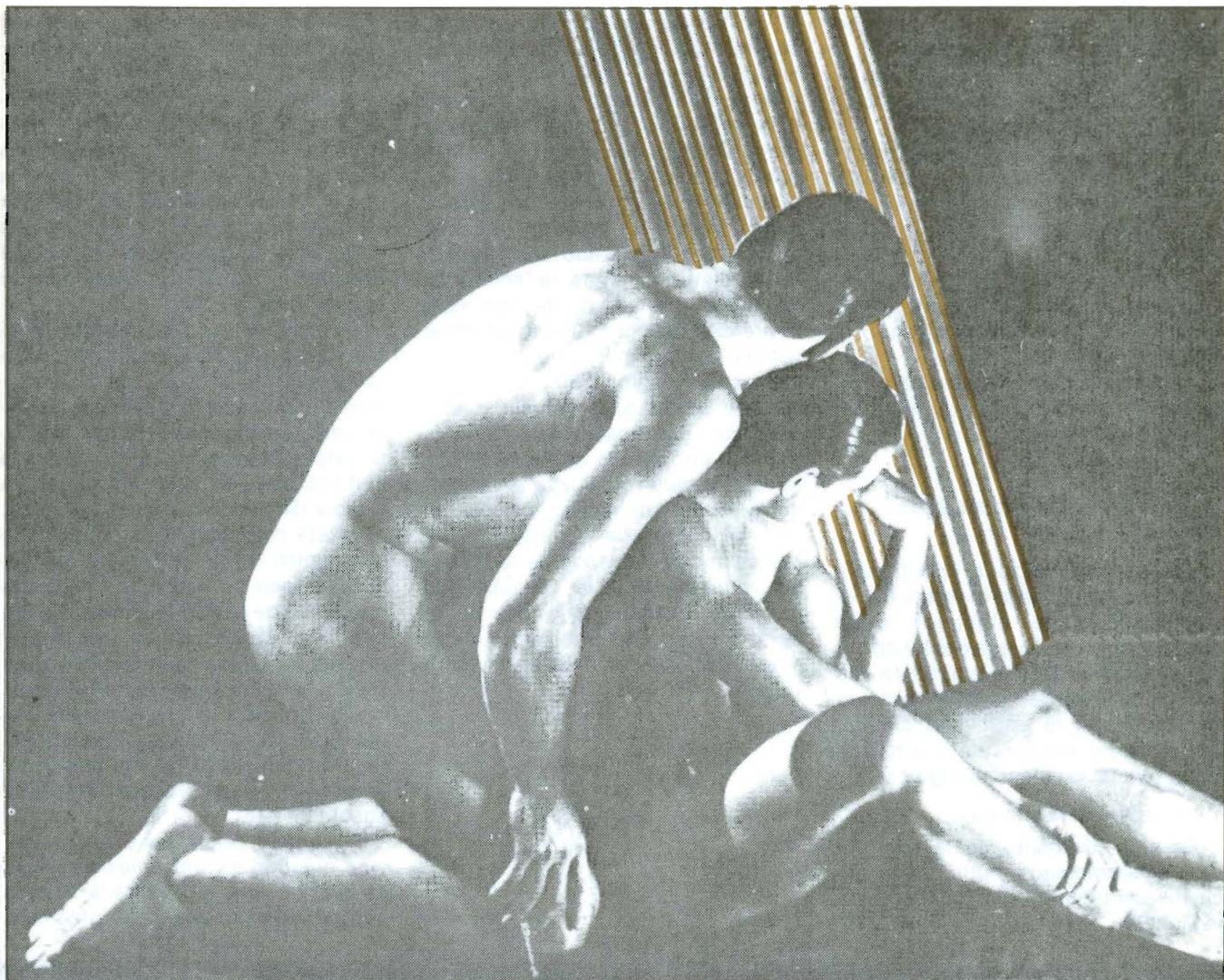
Las técnicas terapéuticas utilizadas en el marco de la Terapia Sexual son efectivas con el solo requisito de saber cómo se comporta sexualmente el paciente, cuáles son sus déficits o excesos y qué actitudes tiene ante su cuerpo y su sexualidad. La elaboración de una larga y, a veces, tediosa historia no es imprescindible, y en ocasiones se hace innecesaria.

Siguiendo con este mismo punto, es importante reseñar que, aunque las ideas propuestas inicialmente por Master y Johnson (6) son ampliamente aceptadas y se considere que la ansiedad, en el caso de la

mujer, y el rol de espectador o una alta expectativa por su rendimiento sexual, en el varón, están en la base de los problemas sexuales en la mayor parte de los casos, existen datos recientes de que tales afirmaciones pueden ser reformuladas a la luz de nuevos resultados experimentales y postulados cognitivos, que demuestran que la ansiedad puede aumentar el rendimiento sexual (16) y focalizarse en la propia excitación, facilitar el deseo y la ejecución sexual (17, 18).

En este sentido, la alternativa de G. Beck y D. Barlow (19) merece especial atención. Estos autores enfatizan el papel que en el mantenimiento de las disfunciones y quejas sexuales de los pacientes juega el componente cognitivo de la ansiedad, reformulado en su concepto de «distracción o interferencia cognitiva» —que se ha demostrado experimentalmente como el único componente que deteriora realmente la respuesta sexual—, reinterpretando y explicando las formulaciones iniciales de Master y Johnson y de Kaplan. Más que la ansiedad o el rol de espectador, son las interpretaciones, valoraciones y expectativas sobre su ejecución lo que hace que el sujeto no alcance un nivel de excitación adecuado. La eficacia de los ejercicios de focalización sensorial estriba, precisamente, en alejar la atención del sujeto de sus preocupaciones y ruminaciones para, posteriormente, permitirle un cambio en la for-





ma de percibir su rendimiento sexual (ver gráfico n.º 2).

### C) Importancia de la recogida de datos

Hemos afirmado que las técnicas terapéuticas desarrolladas en el marco de la Terapia Sexual no requieren un diagnóstico preciso —entendido éste como la mera identificación de un problema dentro de un cuadro nosológico— sino, por el contrario, la especificación clara y objetiva de qué queja, cómo, cuándo y qué consecuencias tiene ésta para nuestro paciente. Vemos, por otro lado, cómo la Terapia Sexual está caracterizada también por contar con técnicas terapéuticas breves, dirigidas y centradas en el problema o queja de los pacientes. Y comprobamos además que la intervención terapéutica se realiza comúnmente a diferentes niveles a la vez: información, consejo y terapia.

La recogida de datos debe, como es lógico, adaptarse a estas particularidades y servir como apoyo a la te-

rapia, como guía para dirigir la misma y como instrumento de control de los resultados obtenidos en el tratamiento. La recogida de datos en Terapia Sexual —como en otros muchos campos— no debe entenderse como el interrogatorio inicial, como la identificación de los problemas o como la fase inicial para empezar un tratamiento, sino que constituye el eje central y la única guía del tratamiento, además de ser un proceso continuo —y no una fase concreta de la intervención—, que sólo debe finalizar una vez que el paciente reporte resultados satisfactorios, tras un período de seguimiento.

Queda claro que sólo especificando qué factores son responsables de las quejas sexuales o de los fallos en el funcionamiento sexual podremos adaptar las técnicas terapéuticas de la Terapia Sexual, en particular, y de la terapia, en general, a las necesidades concretas de nuestros pacientes, y de esta forma ayudarles a resolver sus problemas.

Una continua y cuidada recogida de datos permite así la elección de los procedimientos más idóneos, guía el desarrollo de la intervención y asegura el resultado final de la misma, facilitando en cada momento la información que precisamos para evaluar los progresos o las dificultades de los pacientes y poder adaptarnos a sus propios recursos.

Las características y fines que debe perseguir una correcta evaluación son (3):

- Ayudar a clarificar el problema sexual específico u otras preocupaciones que el paciente experimente.

- Proveer al terapeuta de pistas acerca de la etiología del problema

sexual, así como de factores que contribuyan a su mantenimiento.

— Permitir al clínico determinar si la evaluación médica es imprescindible en su caso particular.

— Capacitar al terapeuta para formular un diagnóstico inicial y decidir si focalizarse en el problema sexual o en otras preocupaciones del paciente.

— Proveer al clínico de información para decidir si aceptar al paciente en Terapia Sexual o referirlo a otras formas de tratamiento.

— Capacitar al terapeuta para formular las estrategias y programa terapéutico pertinentes.

#### **D) Procedimientos de recogida de datos**

Una vez entendida la importancia de la evaluación para la terapia y especificados qué objetivos debe cumplir, sólo nos queda hablar de cómo realizarla. Tradicionalmente los procedimientos de recogida de datos consisten en: la entrevista clínica, observación, empleo de cuestionarios y registros psicofisiológicos.

##### **1. La entrevista clínica**

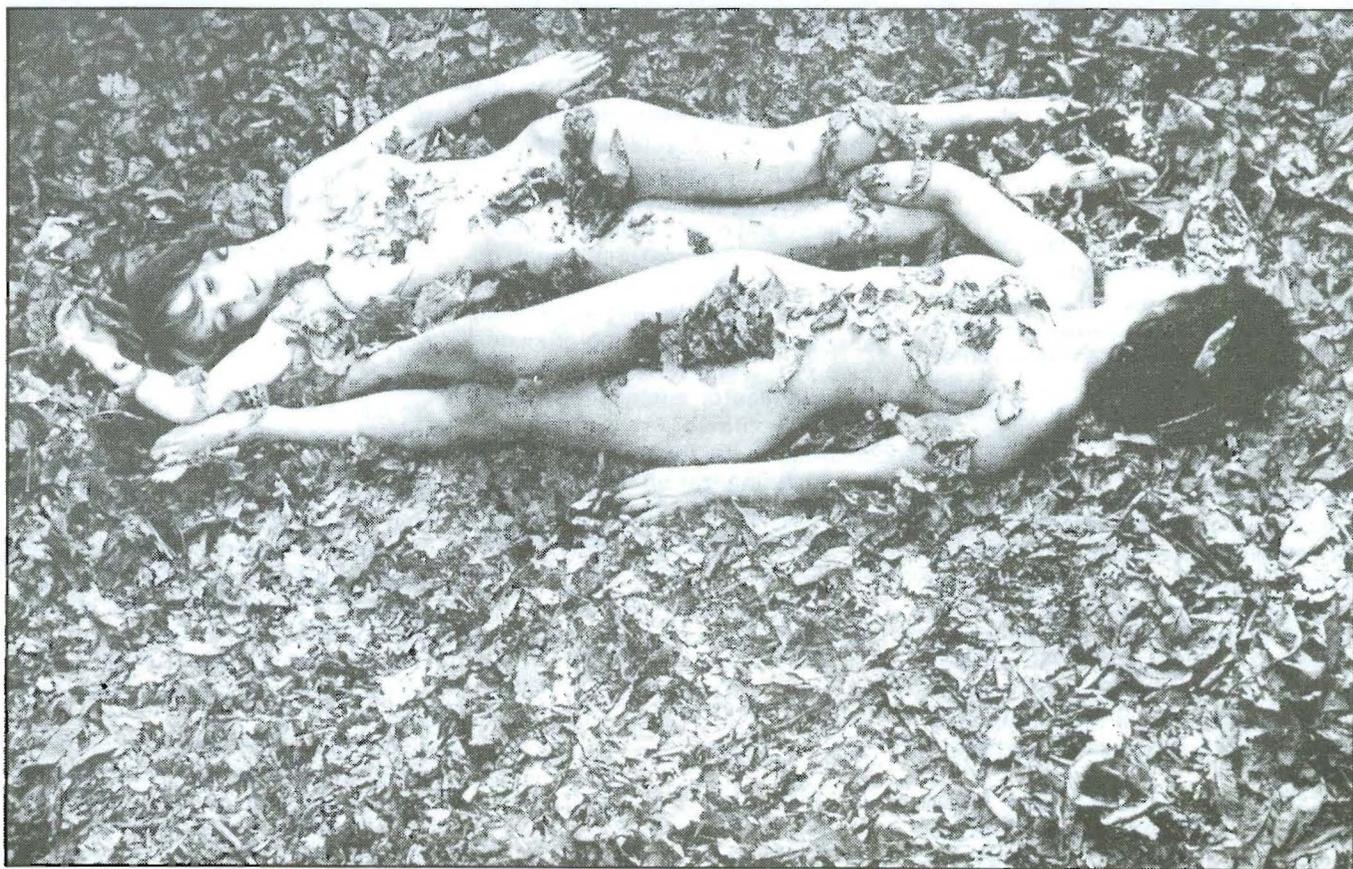
Es el instrumento de la exploración más empleado y útil, por no decir insustituible en cualquier tipo de evaluación.

F. Silva (20) recoge en un excelente capítulo los diferentes tipos de entrevistas, sus sesgos, formatos y algunas recomendaciones que ayudan a mejorar la calidad de la información recogida; algunas de ellas son: la estructuración de preguntas y respuestas, el uso de categorías de registro, dar instrucciones y aclaraciones al entrevistado para situarlo en los distintos temas, la facilitación de varias alternativas de respuesta, la preferencia por indicadores observables del comportamiento, etc., y ciertas estrategias, como: la descripción de un día o un acontecimiento concreto, estrategias de «reconocimiento» en las que al paciente sólo se le pide que reconozca si sufrió o sufre de determinadas dolencias en vez de obligarle a recordarlas; contrastación de aspectos verbales y no verbales, adecuar nuestro lenguaje al del paciente y reservar un tiempo a sus comentarios, dudas y preocupaciones al final de la entrevista.

En el ámbito de la Terapia Sexual la entrevista, tal y como se dijo anteriormente, debe cumplir tres funciones básicas (4): función diagnóstica, función terapéutica y función motivadora. Además, al igual que otros autores (3, 4, 6, 10), consideramos que el formato de entrevista debe ser «semiestructurado», valiéndose de protocolos de entrevista al estilo del utilizado por Master y Johnson como apoyo (Nota 1).

En el cuadro n.º 8 se detallan algunas de las áreas que deben ser exploradas durante la entrevista. Con la información obtenida el terapeuta debe considerar en primer lugar: si existe patología orgánica que explique la disfunción y, en caso afirmativo, la terapia de apoyo que crea oportuna; si existe psicopatología subyacente que contraindique la Terapia Sexual, si la calidad de la relación entre los miembros de la pareja facilitará o impedirá la aplicación de los programas terapéuticos, si el nivel de motivación de la pareja en la terapia es el adecuado; para, si fuera el caso, especificar las causas que pueden estar manteniendo la disfunción y programar la terapia que considere adecuada (10).

Por último, referirnos a dos problemas que nos encontramos a la hora de realizar una entrevista a sujetos con problemas sexuales: primero, si



adoptar el enfoque de Master y Johnson, de dos terapeutas de diferente sexo y de entrevistas cruzadas, o el de Kaplan, con un solo entrevistador, y, segundo, el problema de cómo adecuar el lenguaje del paciente a las palabras técnicas que nosotros empleamos.

En cuanto al primero de los puntos, no existen pruebas experimentales a favor de uno u otro enfoque y no podemos afirmar que utilizar dos terapeutas mejore el resultado final de la terapia; pese a ello, los criterios están muy divididos entre los partidarios de uno u otro enfoque. En nuestro país, autores de prestigio (4, 22) aconsejan utilizar dos entrevistadores, aunque la realidad es que las necesidades se imponen y lo usual es encontrar a un solo entrevistador. En lo que sí hay acuerdo es en la ne-

cesidad de entrevistar a los miembros de la pareja, primero por separado y en sucesivas entrevistas a los dos juntos.

En segundo lugar, con respecto al problema de qué lenguaje emplear, la idea básica es la de adecuarse al nivel intelectual de los pacientes y facilitarles con sus mismas palabras la comprensión de sus necesidades. En nuestra consulta hemos considerado útil, a este respecto, comenzar con una fase de «educación sexual» y, puesto que la evaluación de los

fallos en el funcionamiento sexual se centra en las fases del ciclo de respuesta sexual, éstas son explicadas junto con los cambios psicofisiológicos que ocurren en cada una para que, posteriormente, el paciente tenga con nosotros un lenguaje común que le permita romper el hielo inicial y explicarse con mayor claridad.

## 2. Observación

La observación del paciente por el terapeuta en sus contactos sexuales, aunque ha sido utilizada como procedimiento evaluativo, no ha sido un sistema muy difundido, a excepción de cuando se emplea en trabajos de investigación —por ejemplo, en el programa de Master y Johnson (9)—. Sólo en ciertos casos (23) el terapeuta se ha valido del empleo del vídeo como elemento evaluativo y terapéutico al mismo tiempo, pero la generalización de dicho sistema es, por razones obvias, escasa.

En cambio, algunas pautas de autoobservación por los mismos pacientes se han empleado (4, 22), aunque en nuestra experiencia no contamos con datos sobre su utilidad.

## 3. Cuestionarios

El uso de cuestionarios o medidas de autoinforme en Terapia Sexual no ha alcanzado el mismo nivel de difusión ni de utilidad diagnóstica que el logrado en otras áreas por este tipo de instrumentos. Las razones de ello cabe buscarlas en que la construcción de estos cuestionarios sobre sexualidad humana sigue, en la mayoría de los casos, el criterio subjetivo de una terapéutica, se basan en su experiencia clínica, carecen de controles psicométricos y no pueden ser generalizados a distintas muestras (4).

Tanto en J. Carrobes (4) como en R. Schiavi y cols. (24) podemos encontrar un listado exhaustivo de los mismos. Estas medidas de autoinforme suelen utilizarse una vez se ha tenido un primer contacto con el paciente y ha comenzado la terapia, o bien como pautas de entrevista que apoyen la labor de exploración del terapeuta (Nota 1).

Normalmente los cuestionarios son empleados con tres propósitos (10): 1) discriminar causas orgánicas o psicológicas en una disfunción sexual o valorar la contribución de los factores psicológicos a la disfunción y estado general del paciente, una vez establecido el orgánico de la misma; 2) empleándose como pautas de entrevista para recoger información detallada, y 3) servir de medida es-



tandarizada para valorar la efectividad de los tratamientos.

Del amplio número de cuestionarios e inventarios sobre sexualidad existentes nos valemos, en nuestra consulta, de los siguientes:

— **Formato de Historia Sexual**, de Master y Johnson (6). Historia psico-sexual desde la infancia hasta el momento actual. Es utilizado como guía de la entrevista.

— **Cuestionario Inicial de Evaluación**, de L. LoPiccolo y J. Nowinski (3). Consta de 34 preguntas generales para explorar el comportamiento sexual y las expectativas del paciente.

— **Cuestionario Sexualidad Femenina**, de D. Chambless (25). Consta de 34 ítems sobre la vida sexual (masturbación, coito, orgasmo, satisfacción, etc.) de la mujer.

— **Cuestionario de Sexualidad Masculina**, adaptado por nosotros según un esquema propuesto por D. Chambless. Consta de 28 ítems sobre la vida sexual del varón (masturbación, coito, relaciones heterosexuales, eyaculación, erección, etc.).

— **Jerarquía de Conductas Heterosexuales** (varones), de P. Bentler (26). Es una lista de 21 actividades heterosexuales utilizada, preferentemente, como jerarquía en la desensibilización sistemática.

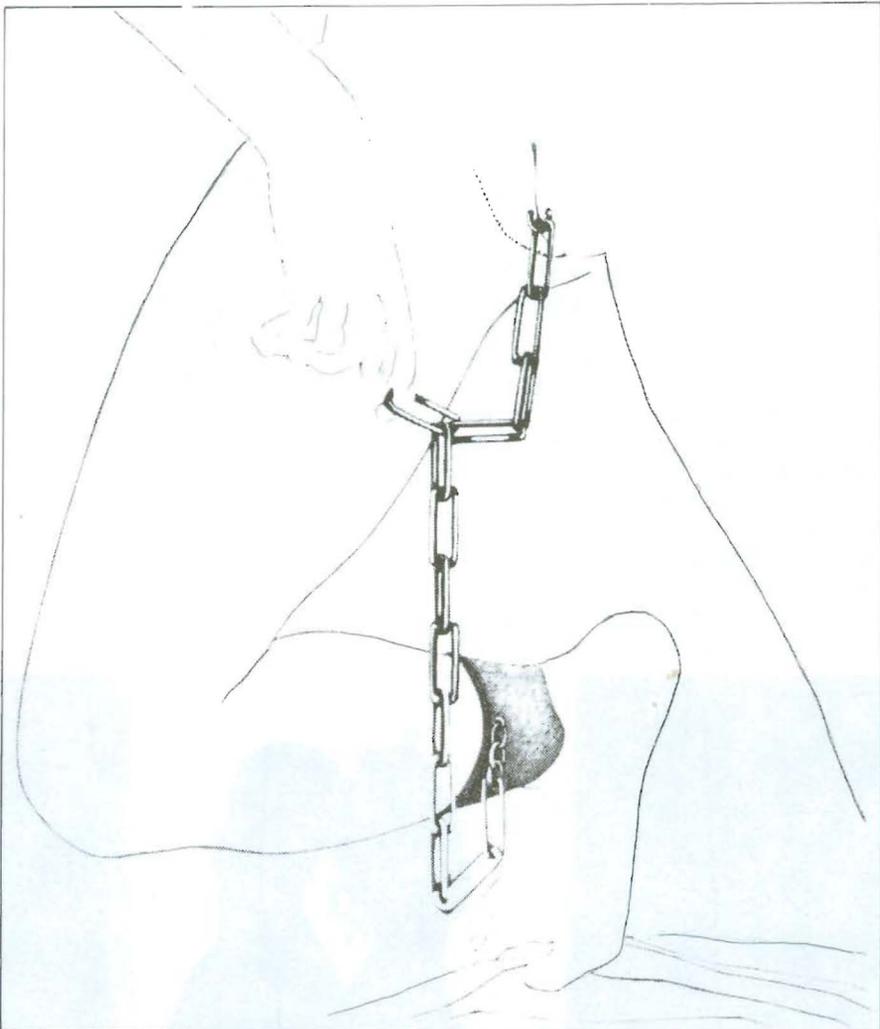
— **Jerarquía de Conductas Heterosexuales** (mujeres), de P. Bentler (27). Contiene los mismos ítems que la anterior, aunque en distinto orden.

— **Comportamiento sexual** de hombres y mujeres, de H. Eysenck y J. Wakefield (28). Consta de 14 ítems que preguntan a varones o mujeres sobre: relaciones heterosexuales, frecuencia de coito, primeras experiencias de coito, dificultades sexuales, quejas sobre el comportamiento sexual de la pareja y opiniones desagradables que tenga sobre su pareja.

— **Intervalo de Excitabilidad Sexual**, de E. Hoon y cols (29). Consta de 28 ítems con 7 alternativas de respuesta que preguntan sobre el grado de excitación al participar en determinados contactos sexuales.

— **Inventario de Ansiedad Sexual**, de E. Hoon y cols (29). Consta de 28 ítems (los mismos que en el caso anterior) y se pregunta por el nivel de ansiedad que experimenta cuando mantiene determinados contactos sexuales.

— **Inventario de Satisfacción Marital**, de D. Snyder (30). Consta de 280 ítems. Ha sido sometido a diversos análisis factoriales que demuestran la consistencia del inventario (31, 32).



RACHEL MENCHIOR



— **Escala de Ajuste Marital de Locke-Wallace** (33). Es el cuestionario más utilizado hasta la fecha. Aunque ha sufrido distintas factorizaciones, su utilidad radica sobre todo en ofrecer al terapeuta una medida global de satisfacción sexual.

— **Cuestionario de Satisfacción Marital**, de H. Eysenck y J. Wakefield (28). Está construido a partir de la escala de Locke-Wallace, aunque le han sido añadidos 6 ítems que complementan y actualizan el cuestionario. Su factorización muestra cuatro factores independientes, si bien su distribución no es la misma para varones y mujeres (preocupaciones sobre por qué se casó y si debe o no divorciarse ahora; sexo y afecto; tiempo juntos; grado de acuerdo entre los esposos en temas generales) (Nota 2).

#### D) Registros psicofisiológicos

El empleo de sofisticados aparatos para medir la respuesta psicofisiológica de los sujetos ha encontrado en la conducta sexual una de sus principales áreas de empleo. Estos aparatos, denominados «detectores sexuales», son utilizados primordial-

mente para: el diagnóstico y la terapia de varones con problemas en la erección y de mujeres con déficit de excitación y/o anorgasmia.

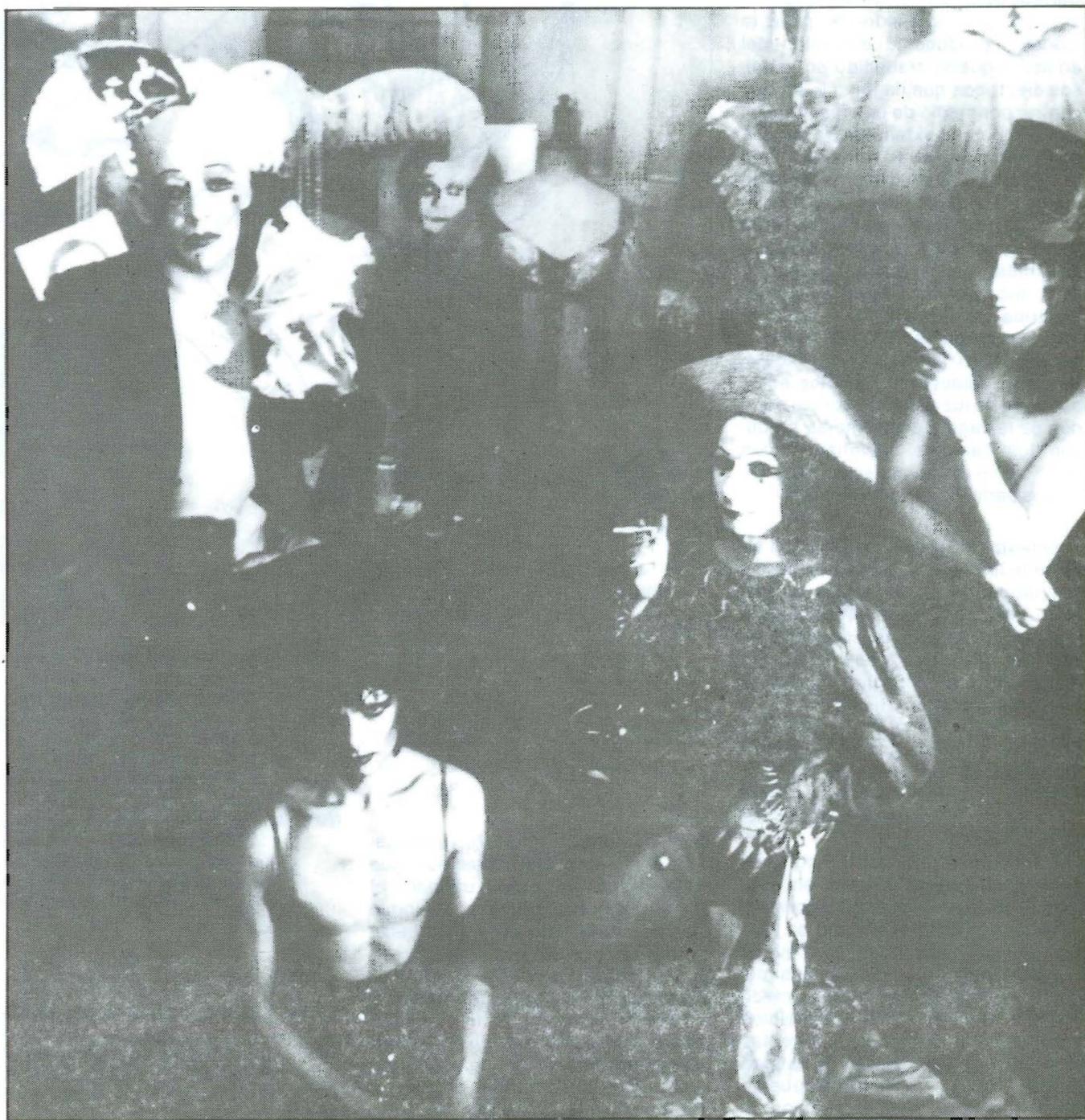
En el primer caso su utilidad radica en diferenciar una patología orgánica de una etiología psicológica en aquellos varones aquejados de impotencia. Para ello se basa en el registro de la respuesta de tumescencia nocturna del pene (NPT), que ocurre, en muestras no clínicas, cada 90-100 mn. y con una duración aproximada de 20 a 40 mn. a lo largo de la noche (10). Se considera que un trazado anormal NPT es indicativo de patología orgánica, en cambio, si el

sujeto alcanza el 60% de la erección mientras duerme se cree que es susceptible de Terapia Sexual, aunque existe una excepción. Se trata de los varones con un déficit orgánico de pérdida de sensación en el pene, que padecen una disfunción erectiva en el coito y, sin embargo, muestran un trazado NPT normal. A la hora de la

terapia hay que advertir, sin embargo, que descubrir una patología orgánica no descarta la posibilidad de una terapia de apoyo psicológica.

En segundo lugar, en el caso de la mujer con déficit en su nivel de excitación, este tipo de registros son empleados para valorar la respuesta de vasocongestión genital (fotoplestimografía) que ocurre ante determinados estímulos eróticos.

El procedimiento habitual —tanto para medir la respuesta sexual de mujeres como de varones (plestimografía)— consiste en la proyección de escenas o de diapositivas eróticas y en el registro simultáneo de la



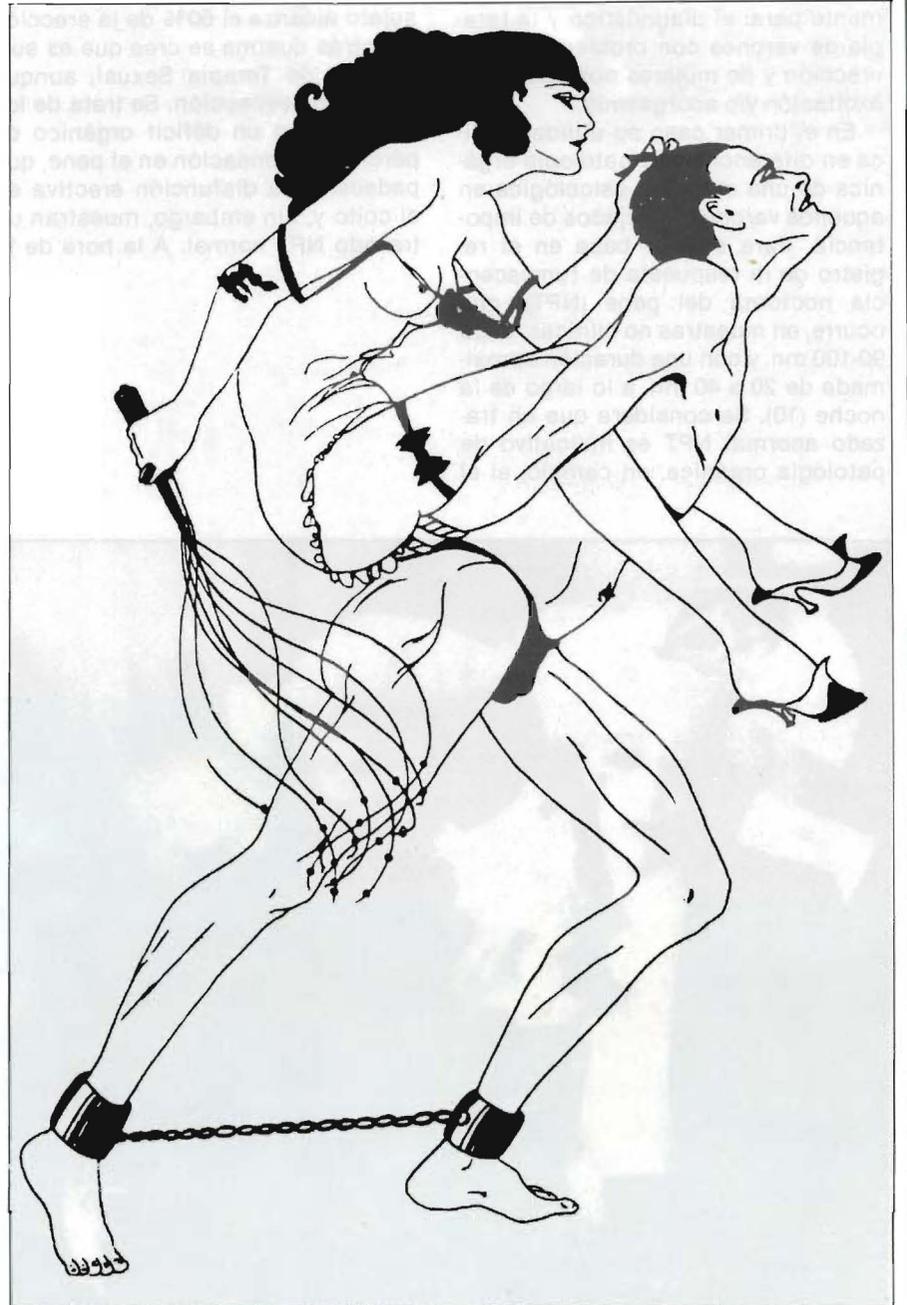
respuesta psicofisiológica de los sujetos (34, 35).

El **detector sexual** consta de una unidad central que codifica las señales eléctricas emitidas por sus «periféricos» en señales auditivas, luminosas o gráficas, según se quiera, y diversos elementos periféricos: **calibrador o extensímetro de mercurio**, es un tubo fino de plástico en forma de anillo que está relleno de mercurio; se coloca alrededor del pene y su erección produce un aumento de la longitud del hilo de mercurio encerrado en el tubo, que será traducido en otro tipo de señales por la unidad central; es recomendado su empleo para los trazados NPT. **Calibrador de Barlow**, es un anillo metálico abierto que se coloca alrededor del pene; la erección produce la extensión del anillo, lo que es traducido en impulsos eléctricos que llegan a la unidad central por medio de una resistencia; con respecto al extensímetro de mercurio presenta varias ventajas, como la de poseer mayor uniformidad ante los cambios de temperatura, aunque no es recomendable utilizarlo para los trazados NPT (34). **Sensor Geer**, es similar a un tampón femenino y lleva incorporada una célula fotoeléctrica sensible a los cambios en el volumen sanguíneo (respuesta de vasocongestión genital) de la vagina; funciona detectando cambios en la cantidad de luz reflejada por las paredes de la vagina conforme se producen los cambios psicofisiológicos del ciclo de respuesta sexual (35). Diversos **perineómetros vaginales**.

Este tipo de medidas, acogidas en un principio con enorme interés, están últimamente sometidas a revisión debido a determinados problemas, sobre todo con respecto a la definición de lo que se considere como línea base y, en especial, en el caso de la fotoplestímetrografía (36).

Por último, la utilidad terapéutica de estos instrumentos está basada en técnicas de «biofeedback» e ingeniería comportamental, cuya descripción escapa a las intenciones de esta mesa.

A modo de conclusión, y con respecto a la recogida de datos en Terapia Sexual, podemos concluir que las medidas de observación no se han demostrado nada útiles, sólo queda por comprobar la eficacia de las medidas de autoobservación; las medidas psicofisiológicas son sensibles para detectar diferencias entre las respuestas subjetivas de la calidad de la respuesta sexual y la respuesta objetiva o cantidad de excitación al-



canzada por el sujeto (37), y precisamente en esta área, creemos que puede estar su mayor utilidad; el empleo de cuestionarios —aunque recomendable— no es siempre necesario y, en todo caso, su utilidad reside en guiar la terapia y facilitar pautas en la entrevista; por último, la entrevista clínica es el instrumento diagnóstico principal que siempre debe estar presente y que, a nuestro juicio, debe desarrollarse dentro de un marco semiestructurado.

**NOTA 1:** Ver también para una mejor comprensión del texto la comunicación presentada a esta misma mesa titulada *Ventajas del empleo de protocolos semiestructurados para evaluación de quejas en terapia sexual*.

**NOTA 2:** Consultar también: C. López y F. Silva. *Evaluación conductual de problemas de la pareja. Análisis y Modificación de Conducta*, 1982, vol. 8, n.º 19, pp. 283-348.

#### AGRADECIMIENTOS

En la redacción de este trabajo he contado con la colaboración espontánea y desinteresada de Cecilia Osca, María Ubeda, Javier de la Calle y Salvador Sanchis, miembros del equipo de Planificación Familiar de Alcoy.

**CUADRO N.º 1**

**Incompatibilidades sexuales según Master y Johnson (1)**

Varones		Mujeres
<b>Primaria</b>	<b>Secundaria</b>	
eyaculación precoz		vaginismo
incapacidad eyaculatoria		dispareunia
impotencia		
		<b>Primaria</b>
		<b>Situacional</b>
		alteración orgásmica

En sentido general hablan de «bajo deseo sexual»

**CUADRO N.º 2**

**Nueva Terapia Sexual Kaplan (2)**

Eje temporal: primaria o secundaria  
 Eje situacional: global o situacional  
 Disfunción erectiva  
 Eyaculación precoz  
 Eyaculación retardada  
 Disfunción sexual general  
 Disfunción orgásmica  
 Vaginismo

Bajo deseo sexual es relevante en todas las disfunciones.

**CUADRO N.º 3**

**Fallos del funcionamiento sexual Marks (3)**

Primarios	secundarios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• impotencia masculina</li> </ul>	eyaculación precoz fracaso en la erección eyaculación retardada
<ul style="list-style-type: none"> <li>• frigidez femenina</li> </ul>	fobia sexual vaginismo anorgasmia

**CUADRO N.º 4**

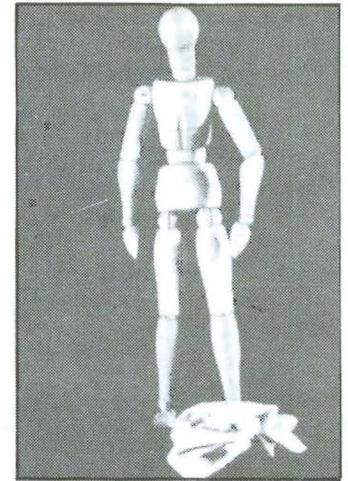
**Disfunciones Psicosexuales DSM-III (4)**

Debe existir alteración tanto en la sensación subjetiva como en el rendimiento objetivo.

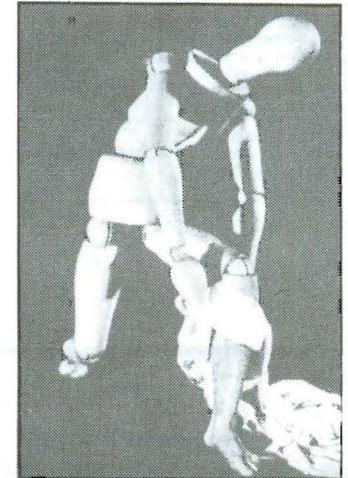
Pueden ser:

- de toda la vida-adquiridas
- generalizadas-situacionales
- totales-parciales
- Deseo sexual inhibido 302.71
- Excitación sexual inhibida 302.72
- Orgasmo femenino inhibido 302.73
- Orgasmo masculino inhibido 302.74
- Eyaculación precoz 302.75
- Dispareunia funcional 306.76
- Vaginismo funcional 302.51
- Disfunción psicosexual atípica 302.70

**Sintomatología asociada:** miedo al fracaso, rol de espectador, depresión, ansiedad, culpa, vergüenza, frustración y síntomas somáticos.



1



2

**CUADRO N.º 5**

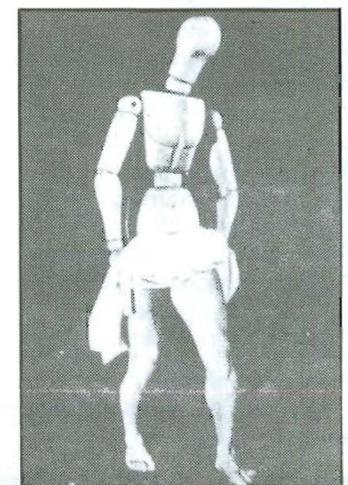
**Disfunciones sexuales LoPiccolo y Nowinski (5)**

Varones	Mujeres
Eyaculación precoz	Vaginismo
Eyaculación retardada	Dispareunia
Problemas de erección	Problemas de lubricación
Ausencia de deseo	Problemas de orgasmo
	Ausencia de deseo

**Otras preocupaciones sexuales:**

Ausencia de satisfacción, sentimientos de culpa, aversión o inhibición, miedos y fobias sexuales, ausencia de información, dificultad con los roles sexuales, conflicto sobre la frecuencia de coito.

LA MEJOR DEFINICION INCLUYE A LA PAREJA



3

**CUADRO N.º 6**

**Clasificación de las disfunciones sexuales según J. Carrolles**

Tipos o categorías	Disfunciones específicas		Dimensión temporal	Dimensión situacional	Grado de severidad
	Hombre	Mujer			
Disfunciones de la fase perceptiva o de deseo sexual	Hiposexualidad	Hiposexualidad	Primaria	Generalizada	Total
	Hipersexualidad	Hipersexualidad	Secundaria	Selectiva o situacional	Parcial
Disfunciones de la fase de excitación	Problemas de erección (impotencia)	Disfunción sexual general (déficits en excitación vasocongestión y lubricación)	Primaria	Generalizada	Total
		Vaginismo	Secundaria	Selectiva o situacional	Parcial
Disfunciones de la fase orgásmica	Ausencia de eyaculación	Ausencia de orgasmo	Primaria	Generalizada	
	Eyaculación precoz	Orgasmo prematuro			
	Eyaculación retardada	Orgasmo retardado	Secundaria	Selectiva o situacional	
Disfunciones de la fase resolutive		Resolución retardada			
Dispareunia	Dolor en el pene	Dolor durante la penetración			
	Dolor en la región genital	Dolor durante el coito			
Tipos o categorías	Disfunciones específicas		Dimensión temporal	Dimensión situacional	Grado de severidad
	Hombre	Mujer			
II. Problemas de satisfacción subjetiva en el ciclo de la respuesta sexual.	Insatisfacción sexual				
III. Problemas en relación con el funcionamiento sexual asociados a falta de información, falsas creencias, prejuicios y actitudes negativas.	Varias, afectando a las distintas fases del ciclo de la respuesta sexual				
IV. Problemas psicosexuales o de relación sexual general de la pareja.	Incompatibilidad sexual				



**CUADRO N.º 8**

**Áreas a explorar**

- Naturaleza del problema sexual.
- Disfunción sexual concreta.
- Aversión/inhibición sexual.
- Temores ante fracaso sexual.
- Actitudes negativas o no realistas sobre sexualidad.
- Intensidad, duración y otros parámetros del problema.
- Otros problemas sexuales en el paciente.
- Otros problemas sexuales en la pareja.
- Ausencia de cariño por la pareja.
- Tipo de vida.
- Qué tipo de ideas, pensamientos y emociones experimenta con respecto a su comportamiento sexual.
- Frecuencia de orgasmo en la mujer.
- Dificultades en la erección o eyaculación en el hombre.
- Primeras relaciones sexuales.
- Masturbación.
- Prácticas sexuales actuales.
- Información sobre sexualidad.
- Educación, religión y aspectos culturales que puedan influir en las relaciones sexuales.
- Frecuencia de relaciones sexuales.
- Problemas psicológicos: ansiedad, depresión, otros...
- Motivación y grado de compromiso con la terapia.
- Qué aumenta o disminuye el deseo sexual.
- Qué otras áreas de su vida se ven afectadas por su problema sexual.
- Repertorio sexual.
- Estado de salud general.

**CUADRO N.º 7**

**Problemas sexuales que presentan los pacientes de una consulta de Terapia Sexual**

Queja detectada	%	N.º
Bajo deseo sexual	8,06	5
Disf. sexual general (excitación inhibida)	14,51	7
Anorgasmia	25,80	16
Dispareunia	1,61	1
Vaginismo	1,61	1
Eyaculación precoz	17,74	11
Eyaculación retardada	1,61	1
Impotencia	3,22	2
Preocupación sobre la propia adecuación sexual	4,83	3
Fobias y miedos sexuales	6,45	4
Conflicto en la pareja	12,90	8
Falta de asertividad	1,61	1

Total pacientes, 44.

Nota: los % están calculados sobre el total de quejas presentadas en la consulta.

GRAFICO N.º 1

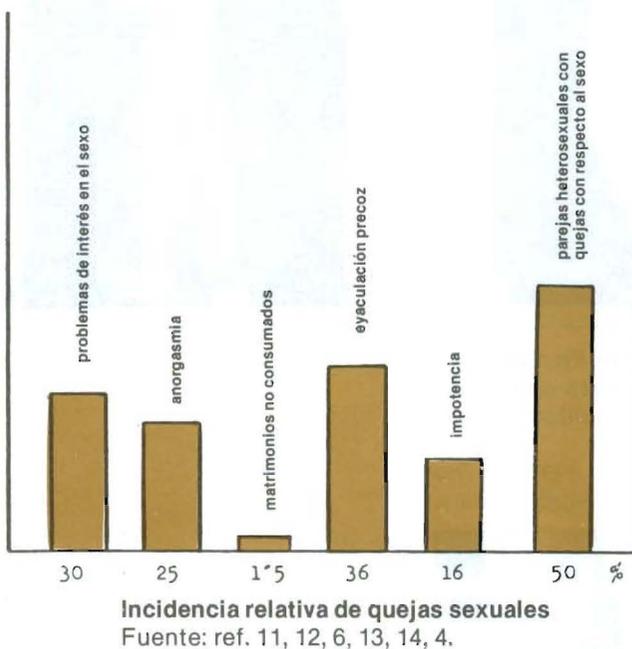
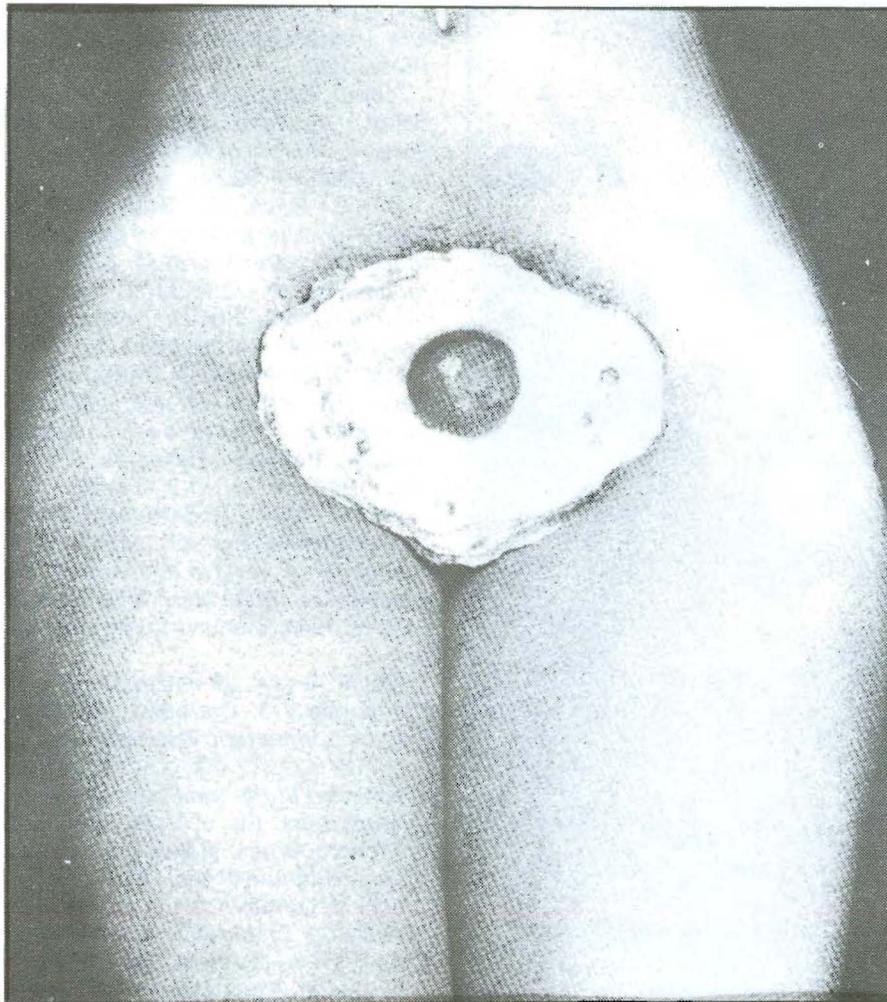
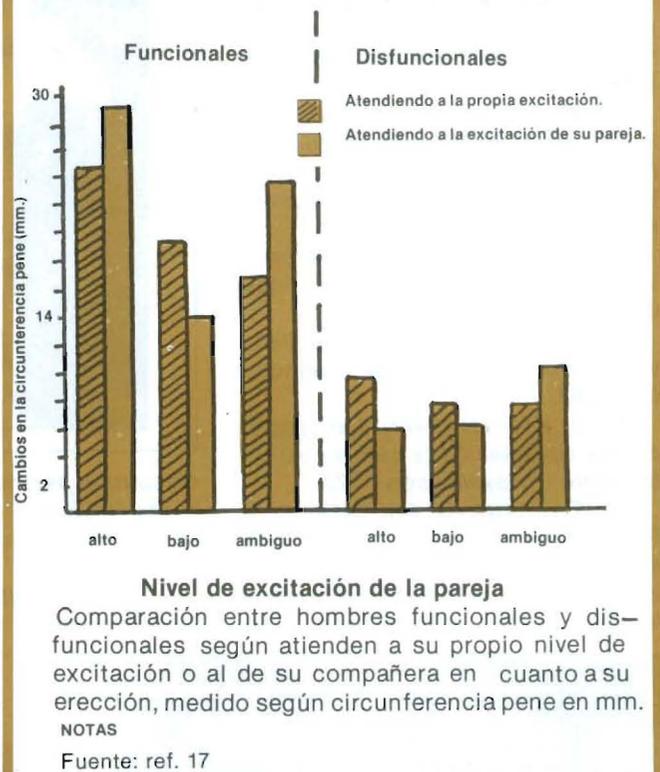


GRAFICO N.º 2



## REFERENCIAS

- (1) I. MARKS. Tratamiento de trastornos sexuales. En: N. Leitenberg (Ed.) *Modificación y terapia de conducta*, tomo I. Ediciones Morata, S. A., 1982 (publicado originalmente en 1976).
- (2) DSM-III. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, S. A., 1983. (Editado originalmente en 1980.)
- (3) L. LOPICCOLO Y J. NOWINSKI. *Sex Therapy: principles and practice*. 1980. Manuscrito a ser publicado.
- (4) J. CARROBLES. Evaluación de las disfunciones sexuales. En: R. Fernández Ballesteros y J. Carrobles (Eds.) *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones*. Pirámide, 1981.
- (5) H. KAPLAN. *La nueva terapia sexual*. Vol. I y II. Alianza Editorial, 1982. (Editado originalmente en 1974.)
- (6) W. MASTER Y S. JOHNSON. *Incompatibilidad sexual humana*. Inter-médica, 1981. (Editado originalmente en 1970.)
- (7) L. LOPICCOLO. *Low Sexual Desire*. En: S. Leiblum y L. Pervin (Eds.). *Principles and practice of sex therapy*. Guilford Press, 1980.
- (8) L. PERVIN Y S. LEIBLUM. *Overview of some critical issues in the evaluation and treatment of sexual dysfunctions*. En: S. Leiblum y L. Per-

vin (Eds.) *Principles and practice of sex therapy*. Guilford Press, 1980.

(9) W. MASTER Y V. JOHNSON. *Respuesta sexual humana*. Intermédica, 1978. (Editado originalmente en 1966.)

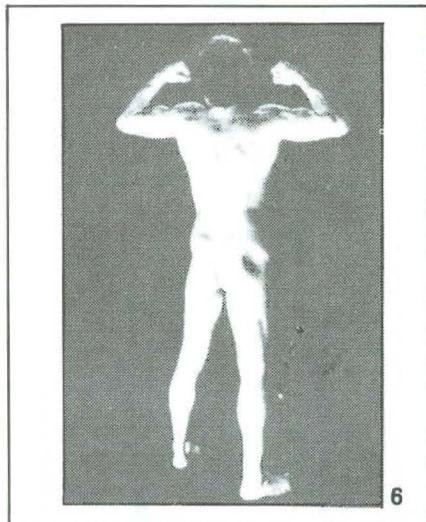
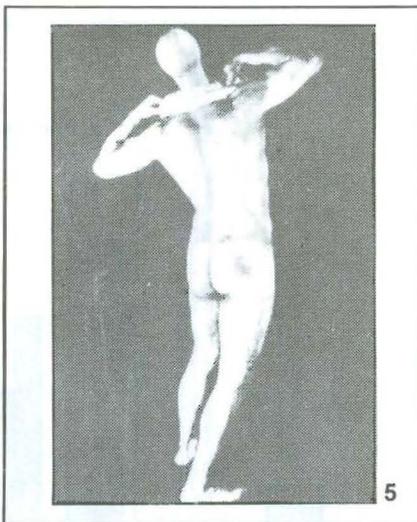
(10) K. FREUND Y R. BLANCHARD. *Assessment of sexual dysfunction and deviation*. En: M. Hersen y A. Bellack (eds.) *Behavioral assessment*. Pergamon, 1981.

(11) A. KINSEY y cols. *Sexual behavior in the human male*. Saunders Co., 1948.

(12) A. KINSEY y cols. *Sexual behavior in the human female*. Saunders Co., 1953.

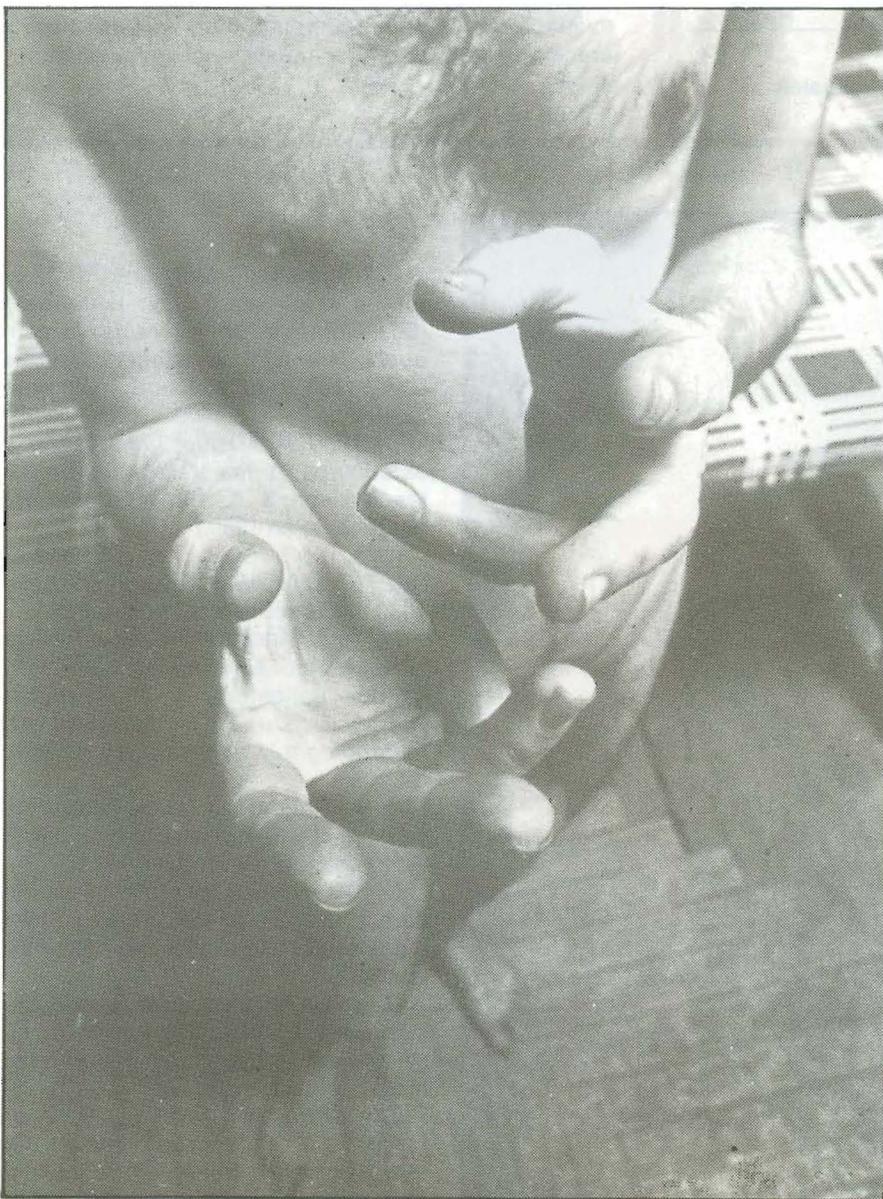
(13) J. KAHN-NATHAN. *Las disfunciones sexuales de la pareja y su tratamiento*. Toray-Masson, 1977.

(14) E. FRANK, C. ANDERSON Y D. RUBINSTEIN. *Frecuency of sexual dysfunction in normal couples*. Citado en: S. Leiblum y L. Pervin. *The development of sex therapy from a so-*



*ciocultural perspective*. En: Leiblum y L. Pervin (Eds.) *Principles and practice of sex therapy*. Guilford Press, 1980.

(15) S. LEIBLUM Y L. PERVIN. *The development of sex therapy from a*



*sociocultural perspective*. En: S. Leiblum y L. Pervin (Eds.) *Principles and practice of sex therapy*. Guilford Press, 1980.

(16) D. BARLOW, D. SAKHEIM Y G. BECK. *Anxiety increase sexual arousal*. *Journal of Abnormal Psychology*, 1983, vol. 92. N.º 1, 49-54.

(17) G. BECK, D. BARLOW Y D. SAKHEIM. *The effects of attentional focus and partner arousal on sexual responding in functional and dysfunctional men*. *Behavior Research & Therapy*, 1983, vol. 21. N.º 1, 1-8.

(18) D. SAKHEIM, D. BARLOW Y G. BECK. *The effect of and increased awareness of erectile cues on sexual arousal*. *Behavior Research & Therapy*, 1984, vol. 22, n.º 2, 151-158.

(19) G. BECK Y D. BARLOW. *Current conceptualizations of sexual dysfunctions. A review and alternative perspective*. *State Univ. New York at Albany*, 1984. Manuscrito no publicado.

(20) F. SILVA. *La entrevista*. En: R. Fernández y J. Carrobes (Ed.) *Evaluación conductual*. Pirámide, 1981.

(21) W. LOBITZ Y G. LOBITZ. *Clinical assesment in the treatment of sexual dysfunctions*. En: J. LoPiccolol y L. LoPiccolo (Eds.) *Handbook of sex therapy*. Plenum Press, 1978.

(22) M. CARRASCO, L. LLAVONA E I. CARRASCO. *Disfunción sexual y otros trastornos de la pareja*. En: J. Mayor y F. Labrador (Eds.) *Manuel de modifi-*

cación de conducta. Alhambra Universal, 1984.

(23) M. SERBER. *Videotape feedback in the treatment of couples with sexual dysfunction*. Citado en J. Carrobles, *Evaluación de las disfunciones sexuales*. En: R. Fernández y J. Carrobles (eds.) *Evaluación conductual*. Pirámide, 1981.

(24) R. SCIAVI y cols. *The assessment of sexual function and marital interaction*. Citado en: K. Freund y R. Blanchard, *Assessment of sexual dysfunction and deviation*. En: M. Hersen y A. Bellack (Eds.) *Behavioral assessment*. Pergamon, 1981.

(25) D. CHAMBLESS. *Women's sexuality questionnaire*. The American University (comunicación personal).

(26) P. BENTLER. *Heterosexual behavior assessment, I. Males*. *Behavior Research and Therapy*, 1967, 5.

(27) P. BENTLER. *Heterosexual behavior assessment, II. Females*. *Behavior Research and Therapy*, 1968. Vol. 6, 27-30.

(28) H. EYSENCK Y J. WAKEFIELD. *Psychological factors as predictors of marital satisfaction*. *Adv. Behav. Res. Ther.*, 1981, vol. 3, 151-192.

(29) E. HOON y cols. *And inventory for the measurement of female sexual arousability: The SAI*. *Archives of sexual behavior*, 1976, vol. 5, 291-300.

(30) D. SNYDER. *Marital satisfaction inventory*. Western Psychological Service, 1979.

(31) D. SNYDER, R. WILLS Y T. KEISER. *Empirical validation of the marital satisfaction inventory: an actuarial approach*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1981, vol. 49, n.º 2, 262-268.

(32) N. SCHEERY D. SNYDER. *Empirical validation of the marital satisfaction inventory in a nonclinical sample*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1984, vol. 52, n.º 1, 88-96.

(33) H. LOCKE Y K. WALLACE. *Short marital adjustment and prediction test: their reliability and validity*. *Marriage and Family Living*, 1959, 21, 251-255.

(34) D. BARLOW, R. BECKER, H. LEITENBERG Y S. AGRAS. *A mechanical strain gauge for recording penile circumference change*. *Journal of Applied Analysis*, 1970, 3, 73-76.

(35) F. VAN DAM, W. HONNEVLER, E. ZALINGE Y J. BARENDREGT. *Sexual arousal measured by photoplethysmography*. *Behavioral Engineering*, 1976, 3, 4, 97-101.

(36) J. BECK, D. SAKHEIM Y D. BARLOW. *Operating characteristics of the vaginal photoplethysmograph: some implications for its use*. *Archives of sexual behavior*, 1983, vol. 12, n.º 1, 43-58.

(37) J. BANCROFT. *The application of psychophysiological measures to the assessment and modification of sexual behavior*. *Behavior Research and Therapy*, 1971, vol. 9, 119-130.

