

ELECTIVA II - SEXUALIDAD Y PAREJA

Maryi Rincón

EJE 4

Propongamos



Introducción	3
Salud sexual	4
Clasificación de dificultades o trastornos sexuales que se presentan en pareja	7
Disfunciones sexuales masculinas	8
Trastornos del deseo sexual hipoactivo.	8
Disfunción eréctil	10
Eyaculación precoz	12
Trastorno del orgasmo	13
Disfunciones sexuales femeninas	14
Deseo sexual hipoactivo	14
Trastorno de aversión al sexo	15
Trastornos por dolor	16
Vaginismo	17
Dispareunia	18
Parejas homosexuales	19
Límites de intervención psicológica y sexológica	20
Herramientas para el abordaje en pareja	23
Parejas heterosexuales	24
Parejas homosexuales	27
Bibliografía	29

¿Qué herramientas utilizaría para abordar las problemáticas que se presentan en la relación de pareja?

Vimos en los anteriores ejes la real importancia de mantener una relación de pareja, ya que al establecerse una relación intervienen capacidades individuales de cuidar y proteger, en pocas palabras en tener la capacidad de estar alternadamente en la posición de soporte y en la de dependencia, además de saber que si uno de los dos integrantes no presenta estas capacidades se altera no sólo la respuesta sexual, sino también la respuesta relacional de los sistemas de apego, sexual y de cuidados, ya que los dos se relacionan, y al tener uno de ellos dificultades altera el sistema que no las presenta.

Es por esto, que los temas abordados en este eje muestran la importancia de la comprensión sobre las disfunciones sexuales que presentan las parejas independientemente de la orientación sexual, es decir, no existen diferencias en las disfunciones para las parejas del mismo sexo, además, es necesario que el estudiante conozca los límites de las intervenciones, esto es, hasta donde llega la intervención del psicólogo y desde donde empieza la intervención del sexólogo.

Es por esto, que el estudiante debe conocer las herramientas básicas que se deben tener en cuenta en un abordaje de pareja ante las dificultades que se presentan y de esta manera, estabilizar la relación de pareja mientras hace una remisión al especialista, en este caso al sexólogo, en donde la intervención de pareja tampoco busca evitar el divorcio a toda costa sino en la medida en que no sea necesario, entre otros mencionados en el eje anterior.

En este sentido se hará un recorrido por la salud sexual, la clasificación de las dificultades sexuales en pareja, las disfunciones sexuales femeninas y masculinas, así como en las parejas homosexuales y finalmente se darán a conocer las herramientas o técnicas empleadas para tratar estas dificultades, las cuales intentarán evitar el divorcio en la relación de pareja. Aunque a veces el divorcio es la mejor solución para una pareja.

Salud sexual



Al referirnos a la sexualidad es necesario ahondar por varios temas que hemos ido viendo en este módulo como: la intimidad, el amor, el enamoramiento y el apego, el cual es determinante para el mantenimiento de una relación de pareja, sin embargo, es necesario conocer los elementos que involucran el disfrute de la sexualidad en una relación de pareja, así esta sea de tipo pasional.

El disfrute se ve mediado por una funcionalidad de la sexualidad y al hablar de funcionalidad hago referencia a las dificultades sexuales que se presentan en una relación y alteran la funcionalidad, no sólo de la respuesta sexual, sino del sistema relacional, el cual es importante en la sexualidad y en la salud sexual de los integrantes de la relación.



De esta manera, tomaré como referente la definición que hace la OMS (1975), de salud sexual:

“Es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores, que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”.

En esta definición vemos que para tener una óptima salud sexual es necesario sentirse bien, o sea saludable, estable tanto a nivel individual como social, lo cual se transmitirá a los demás y en especial a la pareja haciendo que esta sea estable y satisfactoria.

Figura: 1. Salud sexual
Fuente: [freepik.com/186297-OX6PF9-641](https://www.freepik.com/186297-OX6PF9-641)

Es por esto que intervienen algunos aspectos básicos como:

1. **Aptitud** que cada uno de los integrantes tenga para disfrutar de las actividades sexuales y para estabilizar la vida personal y social.
2. Ausencia de miedos, sentimientos dolorosos o de vergüenza o culpabilidad, aquí están relacionadas las falsas creencias con las cuales nos han educado, ya que la educación que la sociedad occidental ha recibido ha sido restrictiva, además de otros factores psicológicos que impiden las respuestas sexuales.
3. La ausencia de trastornos orgánicos o de enfermedades y deficiencias que entorpecen la actividad sexual.



Hace referencia a la capacidad que las personas tienen para realizar una actividad.

No sólo estos aspectos básicos influyen en un disfrute de la salud sexual, sino que también hay unos criterios a considerar (López, 1984).

- Criterio social: toma como referente las creencias y valores sociales dominantes de la cultura, por tanto, es satisfactorio lo que el medio social considera adecuado.
- Criterio subjetivo: tiene en cuenta las opiniones personales respecto a la satisfacción sexual.
- Criterio de pareja: plantea la necesidad tomar en cuenta al otro, con referencia al disfrute de la sexualidad, siendo saludable lo consentido.

Por esta razón, es necesario conocer la clasificación de los trastornos sexuales, para organizar taxonómicamente los elementos que componen un fenómeno, en este caso los problemas psicológicos y psicofisiológicos derivados de la sexualidad.

Hace referencia a la capacidad que las personas tienen para realizar una actividad.



Es necesario resaltar, que cada uno de los estudiantes, deberá tener una visión personal acerca de la clasificación que se realice, por lo cual, esta debe ser entendida como una estructura o mapa, el cual nos permite orientarnos, hacia un lugar y tomar decisiones en momentos de dudas, es por esto, que a partir de este podemos avanzar, calcular, intuir lo que vamos encontrando sobre la marcha, pero debemos reconocer que en algunos momentos todo puede ser impredecible.

Clasificación de dificultades o trastornos sexuales que se presentan en pareja

A continuación, se expondrán las dificultades o trastornos relacionados a la respuesta sexual humana en pareja las cuales se agrupan en la siguiente clasificación:

- **Trastornos y dificultades relacionados a la “configuración y gestión del deseo sexual”:** aquí se incluye lo asociado con la integración del deseo erótico en el conjunto de la personalidad. Es necesario mencionar que el deseo erótico es una emoción compleja donde a partir de las bases neurofisiológicas, se configura en función de la integración de elementos cognitivos y afectivo emocionales, originarios de la construcción cultural y de la historia personal a través de las experiencias eróticas personales.

En efecto, algunos de los trastornos de esta categoría se relacionarían con la propia configuración del deseo erótico y con la capacidad de estabilización del mismo. Es decir, la configuración determina las dificultades en la gestión del deseo erótico, por lo cual, algunas personas no saben manejarlo, y transgreden los límites básicos de control, llegando a la agresión sexual como manera de acceder a la satisfacción.

- **Trastornos y dificultades relacionados con el ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual:** en esta categoría se incluyen las dificultades que se producen a lo largo del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual, tomando como referente el modelo trifásico de la respuesta sexual. Es por esto, que el deseo sexual, como motivación esencial, puede activar el ciclo fisiológico de la respuesta sexual y puede activar o desactivar comportamientos sexuales manifiestos, bien autoeróticos, bien compartidos. Así pues, una vez activada la respuesta sexual esta puede ser alterada en cualquier momento de sus fases. Por supuesto, el propio deseo es una fase de la respuesta sexual, así como la fase de excitación o del orgasmo, los trastornos de cada fase dan lugar a lo que se considera disfunciones sexuales.
- **Trastornos producidos como resultados de la agresión sexual:** se incluyen los generados a consecuencia del trauma generado por agresiones sexuales, por lo cual se tiene en cuenta el acoso sexual, las relaciones forzadas, con violencia física o sin ella, la violación en cualquiera de sus modalidades y el abuso sexual infantil, con violencia física o sin ella, intra o extrafamiliar. Los trastornos sexuales ocasionados por agresiones sexuales en forma de inhibición generalizada, evitación fóbica, estrés post-traumático, alteraciones de la respuesta sexual, alteraciones tanto en la configuración y gestión del deseo, además de otras alteraciones más allá del sistema sexual.



Figura: 2. Disfunción sexual masculina
Fuente: freepik.com/5030

Disfunciones sexuales masculinas

Culturalmente al hombre se le atribuyó la responsabilidad de la satisfacción de la mujer, no obstante, en la actualidad esto está tendiendo a cambiar, pero mientras se da este proceso de transición, la afectación en las respuestas en el área sexual, continúa siendo impactante en la relación de pareja, es por esto, que a continuación veremos las disfunciones masculinas.

Trastornos del deseo sexual hipoactivo

Es la ausencia permanente y persistente de fantasías eróticas y motivación para acceder a las relaciones sexuales, el hombre posee el deseo “fase I” que no tiene objeto, por motivos educacionales y biológicos toda la fase del deseo en él, es de tipo I, donde no necesariamente requiere inductores sólidos, los cuales suele suplir con fantasías y otros estímulos ajenos a la relación. Por consiguiente, la baja satisfacción con la pareja o la pérdida de atractivos por parte de la misma, influye, pero no tienen un papel tan determinante como en la mujer.

Etiología

En la mayoría de circunstancias no se puede determinar con precisión la etiología del deseo sexual hipoactivo, pero se conocen muchas que pueden incidir.



Etiología

Esta referida al estudio sobre las causas de los trastornos o enfermedades.

Aspectos orgánicos

La edad es un factor de riesgo, debido que a partir de los 40 años el deseo comienza a disminuir y alternadamente se disminuyen las hormonas sexuales no todo se le puede responsabilizar a aspectos fisiológicos, además están las enfermedades crónicas que pueden repercutir con una disminución del deseo como la diabetes, insuficiencia cardíaca, fracaso renal, etc., en general todas las enfermedades que ocasionan fatiga, refieren una pérdida del deseo.

Aspectos psicológicos

Se determina que las consecuencias del desamor y la pérdida del atractivo tienen una relevancia en el deseo. Sin embargo, esto no explica del porque la mayoría de los hombres presentan un deseo sexual hipoactivo generalizado, es decir, no se sienten motivados sexualmente hacia la pareja ni hacia otra mujer.

Figura: 3. Aspectos etiológicos del deseo sexual hipoactivo

Fuente: propia

Igualmente, la ansiedad y el estrés son las bases de este trastorno, además de otros sentimientos relacionados con el enfado, ira (conflictos con la pareja), como elementos subyacentes de la ausencia. También se evidencian alteraciones del estado de ánimo, trastornos alimenticios, entre otros.

Indiscutiblemente las situaciones percibidas como peligrosas o inseguras pueden inhibir el deseo sexual, lo cual es adaptativo cuando responde a un peligro real o se dan en situaciones donde la aparición del deseo es incompatible con otras actividades, o inadaptable si responde a una percepción de riesgo irreal o subjetivo.



Instrucción

Veamos en la página principal una demostración de roles donde se ilustra las características del estilo de apego preocupado, así como un bajo deseo sexual, por incapacidad de poner límites.

Disfunción eréctil

Es la dificultad para lograr mantener una erección rígida que le permita tener una penetración con su pareja.

En efecto, toda disfunción eréctil presenta un componente psicológico, independiente a que exista una causa orgánica que la origine.

Etiología

- Inicio orgánico y mantenimiento psicógeno.
- Inicio y mantenimiento psicógeno, pero en la evolución aparece un factor orgánico.
- Inicio y mantenimiento psicógeno.
- Inicio orgánico como consecuencia de una diabetes, aparece la disfunción y ante ésta el paciente se deprime o bien genera ansiedad de ejecución, manteniéndola y agravando el proceso.
- Inicio y mantenimiento orgánico, trastorno de erección provocado por una **prostatectomía**.
- De manera que, en toda disfunción eréctil influyen factores que refuerzan, precipitan y mantienen la dificultad.



Prostatectomía

Él es procedimiento quirúrgico para extraer la próstata

Alteraciones orgánicas

Están relacionadas a cualquier alteración de los mecanismos fisiológicos que intervienen en la erección por mínima que sea, puede ocasionar una ausencia de la erección, es por esto que se deben tener en cuenta los factores de riesgo y enfermedades de mayor repercusión sobre la erección como: arteriosclerosis, diabetes, hiperlipidemia, hipertensión, insuficiencia renal, fármacos, tabaquismo, alcoholismo y alteraciones hormonales.

Aspectos psicológicos

Como se mencionó con anterioridad la ansiedad juega un papel decisivo en esta disfunción ya que ésta, desencadena la pérdida de la erección, actuando generalmente como precipitante y mantenedor de la disfunción, entre otros factores generadores de ansiedad se presentan: el temor al fracaso, obligación de resultados, altruismo excesivo y auto-observación.

Figura: 4. Aspectos etiológicos de la disfunción eréctil
Fuente: propia

Eyacuación precoz

Es la condición constante o periódica en el que el hombre no puede percibir y/o controlar las sensaciones que se presenten ante el reflejo eyaculatorio.

Etiología

En este proceso intervienen factores orgánicos, psicológicos y sociales, y es probable que se presente una combinación de todos.

Aspectos orgánicos

Se ha evidenciado que están relacionados a aspectos genéticos, neurológicos, hormonales, alteraciones prostáticas, aspectos electrofisiológicos y a receptores serotoninérgicos.

Aspectos psicológicos

Los aspectos psicológicos de la eyacuación precoz están relacionados a:

- * Excesivo narcisismo.
- * Primeras experiencias desagradables.
- * Ausencia de habilidades sociales.
- * Falta de información real y científica en la educación sexual.
- * Ansiedad elevada.
- * Calidad y cantidad de relaciones sexuales.
- * Parejas demandantes.

Figura: 5. Aspectos etiológicos de la eyacuación precoz
Fuente: propia

Trastorno del orgasmo

Ausencia o retraso persistente del orgasmo tras la fase de excitación, provocando malestar a nivel personal, por lo general, este suele estar acompañado de otro trastorno.

Etiología

Existe una baja presencia de este tipo de trastornos, donde se menciona que causas orgánicas y psicológicas lo provocan.

Alteraciones orgánicas

- Obstrucción de vías seminales.
- Pérdida de disminución de la motilidad de las vías seminales.
- Problemas hormonales.
- Causas iatrogénicas.
- Diabetes mellitus.
- Lesiones medulares.
- Esclerosis múltiple.

Aspectos psicológicos

No es fácil precisar factores que inciden en la aparición de este trastorno, pero se tienen en cuenta los siguientes: dogmatismo religioso, desprecio hacia la pareja, deseo de no tener hijos, sucesos traumáticos y dificultad para abandonarse en la relación de pareja.

Figura: 6. Aspectos etiológicos del trastorno del orgasmo
Fuente: propia



Instrucción

Los invitamos a desarrollar la prueba objetiva, la cual permitirá evaluar la comprensión de los trastornos masculinos.

Disfunciones sexuales femeninas

En la actualidad la prevalencia de las disfunciones sexuales femeninas es alta, según diferentes estudios la cifra oscila de 40% más que los hombres y sin embargo las mujeres no solicitan atención.

Deseo sexual hipoactivo

Es la ausencia o la disminución de pensamientos o fantasías sexuales, además del interés en iniciar un encuentro sexual, en presencia de apropiados incitadores del deseo. Además, este se caracteriza por tener presencia de la fase II del deseo el cual está relacionado con la intimidad y evocado por estímulos concretos.

Factores orgánicos

En este trastorno intervienen las alteraciones neuroendocrinológicas, trastornos hormonales, enfermedades metabólicas y otras afecciones crónicas las cuales influyen de forma negativa, aquí, es necesario que se tengan en cuenta los bajos niveles de estrógenos los cuales disminuyen la lubricación, favorecen la pérdida de elasticidad de las paredes vaginales y por tanto, tienen que ver con la excitabilidad la cual termina afectando el deseo, además la disminución de andrógenos, que no sólo favorecen la pérdida del deseo, sino que también el nivel de excitabilidad.

Factores psicológicos

Como podemos observar la ansiedad está presente en la gran mayoría, por no decir que, en la mayoría de todos los trastornos, pero, a éste se añade los problemas de pareja, el estrés, estados depresivos y concepto negativo de sí misma. Es de resaltar, que las mujeres con ataque de pánico y quienes padecen un trastorno obsesivo compulsivo, ven afectado el deseo en mayor medida, con respecto a cualquier otra fase de la respuesta sexual.

Figura 7 Aspectos etiológicos del deseo sexual hipoactivo
Fuente: propia

Trastorno de aversión al sexo

Este trastorno está relacionado con grandes conflictos de pareja de forma que, en muchas ocasiones las mujeres que experimentan este trastorno optan por no tener encuentros sexuales.

Además, se relaciona con la aversión extrema persistente que reincide hacia y con evitación de todos o prácticamente todos los contactos genitales con una pareja sexual, en este trastorno puede existir deseo, pero el rechazo hacia la conducta sexual conduce a un estado de evitación de angustia, evitando cualquier contacto erótico, esta evitación la mayoría de las mujeres la interpreta como si no tuvieran deseo. De manera que este tipo de deseo es sin objeto, el cual es impulsivo, también se presenta pocas veces, que puede haber deseo hacia una persona que nunca llega a materializarse porque la evitación, más o menos encubierta, lo impide.

Etiología

A diferencia de otras disfunciones, este trastorno no presenta componentes orgánicos que provoquen la aversión, en este caso ayudarán a factores predisponentes y precipitantes los eventos relacionados con situaciones traumáticas, es por esto que se evidencia en este tipo de mujeres lo siguiente:

- Fuertes creencias religiosas.
- Cambios bruscos de imagen, como la mastectomía.
- Enfermedades graves de la pareja (Discapacidad posterior a un accidente).
- Agresiones sexuales.
- Haber sorprendido a padres en un contacto sexual.
- Trastornos alimenticios.



Figura 8 Trastornos por dolor
Fuente: Freepik.com/2005

Trastornos por dolor

Aquí se relacionan los dolores que se presentan durante las relaciones sexuales, los cuales inciden de forma negativa en la frecuencia y satisfacción sexual. Hasta hace poco se le ha reconocido a la mujer el placer y la satisfacción, sin embargo, en la actualidad se continúa evidenciando, mujeres que reconocen su capacidad de placer, y por el contrario las que lo desconocen debido a connotaciones religiosas, sociales, educacionales, etc.

Hasta el momento estos dos trastornos se han atribuido más a factores psicológicos que orgánicos.

Vaginismo

Consiste en un espasmo involuntario de los músculos que rodean la entrada vaginal, precisamente en el esfínter de la vagina y el denominado **levator ani**. Como es de conocimiento, anatómicamente los genitales de la mujer que presenta vaginismo, son normales, lo que le sucede a ella de manera específica es que ante el intento imaginado, anticipado o real de proceder a la penetración el introito vaginal se cierra firmemente, aunque la lubricación pueda ser correcta y la erección del clítoris sea la adecuada.

Causas orgánicas

Se le han relacionado causas orgánicas patológicas de los órganos pélvicos, que pueden hacer dolorosa la penetración o que causaron dolor en épocas pasadas, provocar una respuesta involuntaria en la entrada vaginal, es por esto que se encuentran los siguientes factores físicos: himen rígido o hipertrófico, contrafuertes himeneales rígidos, endometriosis, inflamaciones de la pelvis (ovaritis, salpingitis, endometritis, cervicitis), tumores pélvicos, estenosis de la vagina, carúnculas uretrales y hemorroides.

Sin duda, estos procesos no implican directamente el introito vaginal, no obstante, pueden producir dolor en la penetración y por tanto, condicionar un espasmo del tercio externo de la vagina.

Causas psicológicas

Kaplan (1974), afirmaba que el vaginismo es una respuesta fóbica donde la causa inmediata desencadenante es la respuesta condicionada que se produce, cuando se presenta una situación negativa asociada al coito o a una fantasía.

Dentro de las causas del vaginismo, se han identificado las siguientes:

- Respuestas fóbicas, como actitudes erotofóbicas por una educación religiosa estricta.

- Falta de información sexual.

- Abuso sexual.

- Inadecuada socialización de control de esfínteres.

- Miedo excesivo al embarazo.

Figura 9 Aspectos etiológicos del vaginismo
Fuente: propia

Dispareunia

Está relacionada a un dolor genital constante y persistente asociado con el coito, el cual causa un malestar, interfiriendo las relaciones sexuales.

Causas orgánicas

Puede estar relacionada a varios factores, a un himen rígido, tabicado o septobartolinitis, posibles causas clitoriales, cervicitis o hasta un pene excesivamente grande empujando un útero en reflexión, esto puede ser causa de dolor.

Causas psicológicas

Cualquier motivo que provoque un nivel exagerado de ansiedad puede producir un déficit en la respuesta sexual, pueden estar relacionadas a conflictos generales respecto a la integración de la dimensión sexual en el conjunto de la personalidad, o traumas de vieja data de mayor o menor gravedad, tales como agresiones sexuales, violaciones en concreto, sobre todo si éstas han sido particularmente violentas.

Figura 10 Aspectos etiológicos de la dispareunia
Fuente: propia



Lectura recomendada

Les invitamos a realizar la lectura Dispareunia por hipoexcitación con vaginismo secundario, con la finalidad de ahondar en casos de dispareunia.

Dispareunia por hipoexcitación con vaginismo secundario

González Rodríguez y Cantarero García



Figura 11 Disfunción en pareja homosexual
Fuente: Freepik.com/OCDA960

Parejas homosexuales

Las disfunciones sexuales que se presentan en estas parejas son las mismas mencionadas con anterioridad, a ello, se suma que uno de los miembros no haya “salido del clóset” pueda representar un problema en la relación, o el tema de que asuman roles de pasividad y actividad en lo sexual que afecten con el tiempo la variedad sexual en la pareja. Además, que estas parejas se enfrentan a dificultades emocionales relacionadas al diagnóstico de VIH en uno o ambos miembros de la relación, por ende, se aprecia en la consulta, disminución en el deseo sexual, en la satisfacción, en la respuesta de erección, eyaculación precoz, presentando angustia por temor de transmitir el virus a su compañero o compañeros sexuales.

Retomando el virus del VIH, no sólo en las parejas homosexuales se manifiesta con la pérdida de la respuesta sexual, sino que, a su vez, lo mismo sucede en las parejas heterosexuales.

Límites de intervención psicológica y sexológica



Teniendo en cuenta lo visto a lo largo del presente eje y de los ejes anteriores es normal que muchos estudiantes se animen a trabajar en el área de la sexualidad, lo cual me parece interesante ya que se requieren más profesionales en esta nueva área en Colombia, que es la psicología de la sexualidad.

Es por esto que se ve la necesidad de hacer precisiones sobre los límites de la intervención psicológica. La terapia de pareja la realiza un psicólogo con competencias en terapia de pareja y familia, cuando en el motivo de consulta no esté implicado el sistema sexual en la problemática, de esta manera el sistema de apego y el sistema de cuidados están presentes, como, por ejemplo:

- Problemas de comunicación.
- Celotipia.
- Conflictos constantes.
- Ruptura o amenaza de la ruptura.
- Maltrato físico y psicológico.
- Dificultad para asumir el compromiso relacional.
- Miedos constantes o dudas de continuidad de la relación.
- Dominación.
- Expectativas.
- Afectación de la salud mental los conflictos.
- Dificultad para hablar con los hijos.
- Poner reglas, entre otros.

La intervención sexológica se realiza cuando interviene el sistema sexual de la pareja, la cual la debe realizar un psicólogo con especialización o maestría en sexología, además de demostradas competencias en terapia de pareja y el motivo de consulta esté relacionado a la experimentación de dificultades en la respuesta sexual, bien sea del hombre o de la mujer, existiendo una insatisfacción en el área sexual, además de aspectos relacionales ya que a partir de ésta se empiezan a originar problemas de comunicación o se visibilizan posterior a esta situación.

A ello se suma, que la terapia sexual está centrada en el tratamiento de las disfunciones sexuales, la cual debe determinar si la focalización del tratamiento debe realizarse sobre el síntoma sexual o sobre el sistema de pareja, sin duda, es importante que los terapeutas sean conscientes de las competencias que cada uno tiene y de esta manera se remita al profesional especializado.

En Colombia, muchos terapeutas de pareja, reconocen las dificultades y la poca formación en este ámbito, y otros que refieren no tener disposición de trabajar en esta área, por tanto, realizan remisión al profesional pertinente.

Otro aspecto a considerar es que actualmente se evidencia que los psicólogos recién egresados, no sólo no incumplen con las competencias de clínica y de pareja para intervenir, sino que intervienen en campos donde no tienen experticia y lo que hacen es transgredir a los consultantes, de esta manera, es necesario aplicar el código ético y deontológico del psicólogo ya que es un deber ético por parte los psicólogos ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas que nos consultan y en este aspecto no se cumple, por tanto, se requiere mayor formación en este ámbito, además, de adquirir conocimientos desde ahora si desean ahondar en ellos.

Las problemáticas más representativas para realizar terapia de pareja donde se involucra el sistema sexual son:

- Ansiedad recurrente/fobias.
- Comercialización sexual.
- Infidelidad.
- Pedofilia.
- Parafilias.
- Abuso sexual.
- Disfunciones sexuales femeninas.
- Transexualidad.
- Disfunciones sexuales masculinas.
- Homosexualidad.
- Pornografía.

En la actualidad, remitiéndose al área clínica en el motivo de consulta de las parejas que asisten, se evidencia que el involucramiento se relaciona con el sistema sexual, el cual, afecta de manera drástica el sistema relacional de la pareja, así mismo, se evidencia que los problemas relacionales pueden llegar a afectar el sistema sexual, por ende, es necesario que el terapeuta de pareja esté en contacto con el especialista o en su defecto que se forme en esta área.



Lectura recomendada

Les invitamos a realizar la lectura, con la finalidad de ahondar en los límites presentes en las dos terapias.

Terapia sexual ¿y/o? terapia de pareja

Silberio Sáez Sesma

Herramientas para el abordaje en pareja

Las herramientas de intervención en terapia de pareja, propician la comprensión de los sucesos vividos, haciendo que los integrantes tengan un proceso constructivo de su situación, sin embargo, esta comprensión se realiza en un primer momento desde una esfera personal haciendo conscientes aspectos propios, que impiden su desarrollo, permitiendo que al introducir un elemento de conocimiento alternativo facilite la apertura de diversas perspectivas del mundo, con un **acoplamiento**, integración y continuidad de la relación, sin traumas, lo cual estabiliza la relación.

De manera que, se darán a conocer algunas herramientas básicas para tener en cuenta en el abordaje de:



Acoplamiento

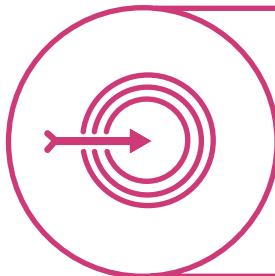
Es el proceso de adaptación de dos personas las cuales deciden tener una relación de pareja y convivir

Parejas heterosexuales

Es necesario no olvidar que cada pareja es un mundo completamente diferente, tienen una historia, creencias y ritmos propios, lo cual, es necesario analizar detenidamente antes de indicar alguna técnica, así mismo, la actitud del terapeuta será muy importante a hora de suministrar la técnica a los integrantes de la relación.

En efecto, se han definido las dificultades o problemáticas de la pareja, teniendo en cuenta las conductas que las relacionan, es por esto, que el terapeuta debe tener herramientas o técnicas para trabajar sobre las conductas que mantienen o precipitan la dificultad.

A continuación, se darán a conocer las herramientas a tener en cuenta para las dificultades en pareja:



Objetividad

Se recomienda trabajar en pareja la objetividad para obtener la visualización del problema con una visión menos emocional. Promoviendo el análisis objetivo para eliminar la emoción que introduce distorsiones cognitivas.

Comunicación

Este método de meta comunicación o cognición es utilizado para resolver los problemas de comunicación en donde las personas aprenden a reflexionar sobre la forma en que se está dando la comunicación, además de detectar los procesos de pensamiento. De manera que las parejas aprenden a conocer y regular los procesos mentales, estimulando la capacidad de autorreflexión, además de mejorar destrezas intelectuales, optimizar recursos de afrontamiento y toma adecuada de decisiones.



Atribuciones

Por lo general, las parejas suelen atribuir al otro la causa del problema. Así mismo, ocurre con aquellas en las que se atribuye la conducta negativa del otro a malas intenciones, siendo casi imposible probar su falsedad. De manera que una herramienta para trabajar las atribuciones es centrar la responsabilidad de todo lo que ocurre en los dos integrantes, de esta manera, no se responsabiliza a uno, sino que se empodera a los dos integrantes para salir de la dificultad y solucionarla.

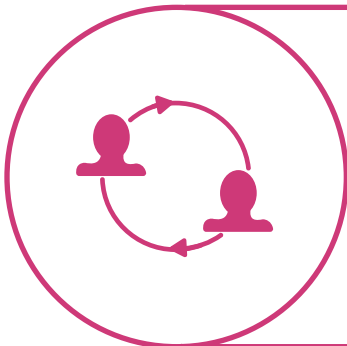


Figura 12 Herramientas para el manejo de dificultades de pareja
Fuente: propia

Dentro de estas atribuciones está involucrada la empatía de parte de los dos alrededores del problema, para desarrollar una comprensión del problema donde se respete el punto de vista del otro, sin juzgarlo.

Es por esto, que se ve necesario establecer una comunicación direccionada a manifestar sentimientos de dolor y vulnerabilidad. Además, de establecer relaciones asertivas admitiendo el respeto del otro, surgiendo un efecto positivo que evita la actitud defensiva del otro y ayuda a calmar la excitación fisiológica.

- **Tolerancia:** se ve necesario promover en pareja la tolerancia con el objetivo de disminuir la emoción negativa causada por la conducta problema. Para esto se implementa la técnica de exposición, es decir, mantener el estímulo aversivo sin dar las respuestas de evitación.
- **Elaborar otros escenarios de vida social:** se promueve contemplar otras redes de apoyo, es por esto, que la vida social también debe reforzarse antes de la sensación o acto de abandono.
- **Para trabajar creencias irracionales: intención paradójica.** La pareja debe llevar a cabo aquellas conductas que son, precisamente, las que está evitando por la ansiedad que le producen. El objetivo, es sorprender a los integrantes no sólo a través de la falta de control de determinada conducta problema, sino por cuanto los objetivos de la intervención son contrarios a sus expectativas. La técnica se sustenta sobre el principio de la incompatibilidad, en tanto que anima a la persona a hacer lo contrario de lo que hasta ahora ha venido realizando ante el problema. Pasos para su aplicación:
 1. Facilitar información del problema.
 2. Reformular el problema y prescribir el síntoma (cambia la solución del problema y no el síntoma).
 3. Dar instrucciones.
- **Fortalecer la intimidad:** se solicita a la pareja ampliar el espacio mental y emocional que dedica a la pareja para comprender y conocer al otro. De esta manera los integrantes hacen esfuerzos por conocer, comprender y entender al otro para la continuidad de la relación. El impacto que este proceso presenta en la intimidad es evidente, así, como sus consecuencias y mejoras son claras. Así mismo, la autorregulación y de aceptación de los dos, son elementos necesarios para la expresión de emociones y afectos de forma constante, mostrando debilidades en pareja (como los sentimientos asociados al apego, los de soledad y los de necesidad de aceptación y apoyo), que van a permitir mantener el proceso de fortalecimiento de la intimidad.

- Otro aspecto a tener en cuenta en la relación de pareja es la **admiración y el afecto**: los dos deben tener cariño y admiración por el otro, es un correctivo del maltrato psicológico (rechazo) y es un mecanismo que valida al otro.
- **Manejo de emociones, en especial la ira**: autocontrol cognitivo de Novaco, esta herramienta consiste en darse autoinstrucciones que generen un autocontrol de las situaciones agresivas. De esta manera es necesario:
 1. Prepararse para la provocación.
 2. Elaborar un plan, saber hacer.
 3. Respirar profundo, sentirse cómodo.
 4. Creer en sí mismo.
 5. Viviendo la provocación: permanecer calmado, relajarse, sin necesidad de probarse a sí mismo, sin necesidad de dudar de sí mismo, disminuyendo importancia a lo que se dice.

Compitiendo con la agitación y la alteración: alterarse no ayudará, me estoy.



Instrucción

Ahora resuelvan el crucigrama, el cual reforzará la comprensión de las herramientas de intervención en pareja.

Parejas homosexuales

De la misma manera, que las parejas heterosexuales, algunas parejas homosexuales presentan una historia marcada de hostilidad y prejuicios, de esta manera, una herramienta fundamental del psicólogo es tener información clara sobre diversidad sexual, además de conocer prácticas actuales de parejas del mismo sexo, modos de relacionarse y lo más importante ser abierto, esto determinará la intervención y el impacto con la pareja.

Del mismo modo, se recomienda no problematizar la orientación sexual y hacer que los consultantes se enfaticen en la identidad homosexual, de esta manera, se pueden producir cambios y un mayor bienestar.

De igual modo, se recomienda que, en el abordaje terapéutico con parejas del mismo sexo, el terapeuta esté libre de prejuicios y presente una actitud **erotofílica** de la sexualidad, además de abierta a nuevas tendencias.



Se recomienda, no sólo adquirir unos conocimientos en cuanto a los sistemas relacionales de pareja, sino a todas las problemáticas que se evidencian en la actualidad, ya que estamos en un continuo cambio y por ende es necesario estar actualizándose.



Erotofílica

Actitud positiva hacia la sexualidad.

Además, no se puede olvidar que el objetivo de asistir a terapia por parte de los integrantes es intentar evitar que se presente la disolución de la relación, aunque la separación de la pareja es una alternativa válida en el proceso de toma de decisiones, tiene que ver mucho con la capacidad que muestren los terapeutas para recoger convenientemente la información que suministran los miembros de la pareja. Sin embargo, algunas veces las parejas en consulta optan por hacer negociaciones con ellos mismos, asumiendo responsabilidades de la relación y aceptando dificultades, con opción de cambio.



Instrucción

Observa ahora la nube de palabras que ilustra todas las dificultades en la respuesta sexual masculina y femenina y la clasificación de las mismas.

Para finalizar, desarrolle la actividad evaluativa del eje 4.

Cabello F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Editorial síntesis

Gómez, Z. (2013). *Psicología de sexualidad*. Madrid: Alianza Editorial.

Herrera, Cy Torres, S. (2015). *Modelo de intervención psicoterapéutica con las parejas del mismo sexo*. Bogotá: Liberarte.

Kaplan, H. (1974). *The new sex therapy. Active treatment of sexual dysfunctions*. Nueva York: Brunner and Mazel publication

López, F. (1984). *Lecciones de sexología, introducción e historia*. Salamanca: Facultad de Filosofía y C.C.E.E Universidad de Salamanca.

Saenz, S. (2004). Terapia sexual y/o terapia de pareja. *Revista española de sexología*. 123 (124), pp. 15-21.