



Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Propuesta de intervención. Caso único con Trastorno del Interés/Excitación Sexual

Presentado por: D^a VANESA LÓPEZ JACOB

Tutora académica: Dra. D^a HELENA GARRIDO HERNANSAIZ

Alcalá de Henares, marzo de 2021

Índice

1. Justificación	3
2. Objetivos	3
3. Marco teórico	4
3.1. Deseo sexual.....	4
3.2. Disfunciones sexuales	6
3.2.1. Prevalencia de las disfunciones sexuales en la mujer.....	7
3.3. Trastorno del interés/excitación sexual	8
3.3.1. Factores influyentes en la falta de deseo en la mujer.....	8
3.3.2. Evaluación	10
3.3.3. Intervención psicológica.....	11
4. Metodología de investigación	17
4.1. Fuentes de información	17
4.2. Criterios de inclusión, términos de búsqueda y operadores	18
5. Propuesta de intervención	18
5.1. Presentación	18
5.2. Contexto	19
5.3. Objetivos de la propuesta	22
5.4. Metodología y recursos	23
5.5. Sesiones.....	24
5.6. Cronograma de aplicación.....	38
5.7. Evaluación de la propuesta.....	39
6. Conclusiones	40
7. Referencias.....	42
8. Anexos.....	49

Resumen

Históricamente, el sexo ha sido un tema tabú, generando un impacto negativo en la calidad de vida de las personas. Desde los años 70, en el ámbito de la investigación, no se han producido avances importantes que superen las dificultades presentes en la sexualidad, provocando cierto retraso en el tratamiento de disfunciones sexuales tan habituales como el Trastorno del Interés/Excitación Sexual. Por lo tanto, es necesario continuar investigando para adaptarse a las necesidades actuales de las mujeres. Gracias a la revisión bibliográfica de los estudios más recientes realizada en este trabajo, se propone un Programa de intervención para este trastorno, integrando las fortalezas de cada tratamiento validado y proponiendo mejoras para las limitaciones detectadas, con el fin de servir de guía para estudios posteriores.

Palabras clave

Deseo Sexual, Trastorno del Interés Sexual, Disfunciones Sexuales, evidencia empírica tratamientos y evaluación Deseo Sexual.

Abstract

Historically, sex has been a taboo subject, generating a negative impact on people's quality of life. Since the 1970s, there have been no important advances in research that overcome the difficulties in sexuality, causing a certain delay in the treatment of common sexual dysfunctions such as the Sexual Interest / Arousal Disorder. Therefore, the need for further research to adapt to the current needs of women is evident. Thanks to the bibliographic review carried out in this work on the most recent studies on this topic, an Intervention Program for this disorder is proposed, integrating

the strengths of each validated treatment and proposing improvements for the limitations detected, in order to serve as a guide for subsequent studies.

Key words

Sexual Desire, Sexual Interest Disorder, Sexual Dysfunctions, empirical evidence, treatments and evaluation of Sexual Desire

1. Justificación

Las disfunciones sexuales están dejando de ser un tema tabú en el ámbito social y de la salud, aunque su visibilidad aún es limitada. Su omisión y mal trato en la historia ha generado parte del sufrimiento humano. Además, abordar esta cuestión desde la investigación es complicado debido al nivel tan alto de intimidad que requiere el sexo, provocando un avance científico lento en comparación con el estudio de otro tipo de trastornos (Barriga, 2013). Por estas razones, este trabajo pretende fomentar su visibilidad. Además, se pondrá el foco en las mujeres, pues son quienes más padecen disfunciones sexuales, recibiendo estas aún menos atención que las que padecen los hombres (Portillo et al., 2017).

Esta propuesta se centrará en el trastorno del interés/excitación sexual, la disfunción más prevalente en las mujeres, para facilitar la comprensión de su sintomatología y de sus avances conceptuales. Además, el análisis comparativo de las intervenciones psicológicas existentes realizado aporta una base sólida, incrementando la seguridad del futuro terapeuta a la hora de enfrentarse a un caso con un diagnóstico similar al aquí presentado.

2. Objetivos

El primer objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática del trastorno del interés/excitación sexual. El segundo es realizar una propuesta de intervención lo más completa y eficaz posible para reducir la sintomatología de dicho trastorno en base a un caso único.

3. Marco teórico

3.1. Deseo sexual

Según Herms (2013), el deseo sexual es la tendencia a buscar estímulos que aumentan la probabilidad de interaccionar sexualmente con otras personas y con uno mismo/a, además de sentirse receptivo/a a estos estímulos. Por lo tanto, el deseo puede entenderse como parte del comportamiento sexual humano.

Como se indica en Sierra et al. (2019), distintos modelos intentan explicar este comportamiento. Aquel que supuso un gran avance fue el modelo lineal de Masters y Johnson (1966), mostrando las fases constituyentes de la respuesta sexual: excitación, meseta, orgasmo y resolución. El deseo no fue valorado como una fase en sí misma hasta que lo hizo Kaplan (1979, citado en Granero, 2014) situándolo antes de la fase de excitación, idea no sustentada por Schnarch (1991, citado en Sierra et al. 2019), quien mostró que el deseo puede persistir en todas las fases de esta respuesta, especialmente en las mujeres. Volviendo a esta autora, Kaplan descubrió que el deseo es una respuesta espontánea disparada ante estímulos sexuales internos y externos. Esto supuso un hito para incluir variables psicológicas y emocionales en el estudio de la sexualidad (Granero, 2014; Kingsberg y Woodard, 2015).

Hay otros modelos que ponen el foco en la naturaleza multifactorial del deseo. Desde este enfoque se entiende que la respuesta sexual de las mujeres está inicialmente motivada por factores no sexuales, produciéndose primero una fase de intimidad con su pareja, después de excitación y posteriormente la aparición del deseo (Basson, 2000). Este descubrimiento apunta en la dirección de abandonar la premisa del nacimiento del deseo únicamente de manera espontánea, pero aún no hay suficiente evidencia para abandonarla del todo, aunque ha aportado una organización y

descripción teórica acorde a lo observado por los sexólogos clínicos en su práctica diaria (Graham, 2010; Granero, 2014; Kingsberg y Woodard, 2015).

En el pasado, deseo y excitación, se consideraron categorías distintas dentro del comportamiento sexual. Cuando las investigaciones mostraron que la excitación sexual no solo consiste en una respuesta genital, sino que también influyen en ella aspectos subjetivos, las diferencias entre deseo y excitación dejaron de ser significativas, provocando una fusión en una misma categoría. Además, numerosos estudios muestran que, entre la excitación genital y la excitación subjetiva no siempre hay concordancia. De hecho, en las mujeres, esta concordancia es menor que en los hombres, lo que podría explicar las diferencias en el deseo sexual entre ambas poblaciones. Sin embargo, a pesar de estos avances, la excitación sexual aún no se comprende lo suficiente desde la comunidad científica (Chivers et al., 2010; Graham, 2010; Meston y Stanton, 2019; Moyano y Sierra, 2015; Suschinsky y Lalumière, 2012; Velten et al., 2016).

En cuanto a las dimensiones constituyentes del deseo, los estudios de Spector et al. (1996) mostraron que son dos: deseo sexual diádico (motivación de practicar sexo con otra persona) y en solitario. Sin embargo, investigaciones posteriores matizan que el primero puede ser de dos tipos: hacia la pareja y hacia una persona considerada atractiva. Estos estudios no encontraron diferencias significativas por sexo en el deseo sexual en solitario ni en el deseo sexual hacia la pareja, pero sí en el deseo hacia una persona considerada atractiva, siendo este más alto en los varones que en las mujeres (Moyano et al., 2017; Sierra et al., 2019).

Sierra et al. (2018) realizaron un estudio sobre el “doble estándar sexual”, concepto influyente en las dimensiones del deseo, y que hace referencia al refuerzo social que reciben los hombres, y no las mujeres, cuando tienen una actitud sexual activa en sus relaciones heterosexuales. Concluyeron que las mujeres valoran más positivamente el deseo sexual hacia la pareja que hacia una persona considerada atractiva, aspecto en

el que parece influir el peso de los dictámenes sociales. Además, es el deseo sexual hacia la pareja el que en las mujeres (no en los hombres) tiene la capacidad de explicar la excitación sexual, en comparación con las otras dos dimensiones del deseo (Sierra et al., 2019). Otros estudios han llegado a conclusiones similares, encontrando además que la necesidad de tener parejas en las que solo hay sexo es menor en las mujeres que en los hombres. Esto parece deberse a factores de carácter romántico e interpersonal que influyen en el impulso del deseo sexual, sobre todo en las mujeres, y que se interiorizan mediante la socialización diferencial desde la infancia. Este fenómeno explicaría la mayor tendencia observada en ellas a la cercanía emocional, al deseo de intimidad, sentirse deseables y al amor (Mark et al., 2014; Sierra et al. 2019). Por lo tanto, se concluye que las dificultades en el deseo afectan tanto a hombres como a mujeres, pero no de la misma forma, pues los factores implicados en su motivación son distintos. Prueba de ello es que las mujeres son quienes más problemas de deseo padecen en comparación con los hombres (Ajila-Serrano et al., 2020).

3.2. Disfunciones sexuales

En el DSM-5, las disfunciones sexuales son alteraciones, en el comportamiento sexual, en alguna de las fases mencionadas (excitación, meseta, orgasmo y resolución), provocadas por variables relacionales, cognitivas, emocionales y por estímulos sexuales externos (Latif y Diamond, 2013), siendo la causa principal la combinación de factores psicógenos y orgánicos (Moyano y Sierra, 2015; Portillo et al., 2017). Estas disfunciones aumentan la probabilidad de sufrir depresión, frustración, desesperanza, disminución de la autoestima y problemas de memoria (Ajila-Serrano et al., 2020; Graham, 2010; Kingsberg y Woodard, 2015).

3.2.1. Prevalencia de las disfunciones sexuales en la mujer

La epidemiología muestra una prevalencia más alta de las disfunciones sexuales en las mujeres que en los hombres. En la *Encuesta Nacional de Salud y Vida Social* en EEUU de Laumann et al. (1992), la prevalencia en las mujeres fue de 43%, frente a un 31% en los hombres. En el estudio de *Prevalencia de Problemas Sexuales Femeninos Asociados con Angustia y Determinantes para la Búsqueda de Tratamiento (PRESIDE)* de Shifren (2008), se calcula una prevalencia similar en las mujeres en EEUU, un 44,2%.

Portillo et al. (2017) realizan un estudio en España con una muestra de 120 mujeres premenopáusicas, concluyendo que la prevalencia supera el 30%. Sin embargo, en el contexto español, los estudios de prevalencia de las disfunciones sexuales son escasos, antiguos y algunos no cuentan con instrumentos de evaluación validados. Además, las notables modificaciones en los criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* generan sus propias dificultades.

En cuanto al cálculo de la prevalencia en los distintos tipos de disfunciones sexuales en la mujer, Shifren (2008) encontró que el 37,7% de las mujeres informaron de un bajo deseo, siendo la dificultad sexual más habitual. Al separar por edades, la prevalencia entre los 18 y 44 años es de 8,9%, entre los 45 y 64 años de 12,3% y, en mayores de 65 años de 7,4% (Buster, 2013; Kingsberg y Woodard, 2015; Clayton et al., 2018; Parish y Hahn, 2016; Portillo et al, 2017). La alta prevalencia de deseo disminuido entre la edad adulta y la vejez parece relacionarse con el descenso de estrógenos durante el periodo de climaterio (Clayton et al., 2018; De Dios et al., 2016; Kingsberg y Woodard, 2015).

La investigación de West et al. (2008, citados en Kingsberg y Woodard, 2015), encontró que la prevalencia del deseo hipoactivo, en mujeres de Estados Unidos entre 30 y 70 años, es del 8,3%. Laumann et al. (1992) encontraron que las dificultades con

la prevalencia más alta eran las relacionadas con el deseo (64%), con el orgasmo (35%) y, con dolor sexual (26%). Por último, en el estudio de Portillo et al. (2017), el trastorno del interés/excitación sexual muestra ser la disfunción más habitual en España.

3.3. Trastorno del interés/excitación sexual

Esta disfunción consiste en una falta significativa de interés y/o excitación en la actividad sexual, conllevando una ausencia de fantasías sexuales y pensamientos eróticos, además de no sentir receptividad a estímulos sexuales internos y externos. Es habitual la ausencia de sensaciones no genitales y genitales durante la práctica sexual (Clayton et al., 2018; Kingsberg y Woodard, 2015).

Basándose en el modelo de Basson comentado, además de la comorbilidad significativa observada en diversas investigaciones entre deseo y excitación, se ha abandonado, en el DSM-5, la división previa entre estos dos conceptos, sustituyéndose el término de deseo por el de interés (Graham, 2010; Kingsberg y Woodard, 2015). Sin embargo, en la literatura se sigue haciendo referencia al concepto de deseo sexual, además de ser objeto de investigación, por lo que en este trabajo se le seguirá incluyendo. Otra aportación novedosa del DSM-5 es la presencia de preocupación relacionada por la falta de deseo como condición necesaria para la presencia de este trastorno (Kingsberg y Woodard, 2015).

3.3.1. Factores influyentes en la falta de deseo en la mujer

Existen factores influyentes en el origen y mantenimiento de la falta de deseo en la mujer. Son de tipo fisiológico, hormonal, médico, farmacológico, psicológico y sociológico, y pueden interrelacionarse.

Por falta de espacio no se desarrollarán las causas médicas, farmacológicas y fisiológicas. Solamente se añadirá que, entre los fármacos que parecen influir en el deseo sexual, se encuentran los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (Atlantis y Sullivan, 2012; Basson y Gilks, 2018; Clayton et al., 2018; De Dios et al., 2016; Kingsberg y Woodard, 2015; McCabe et al., 2016), algo importante a considerar para trabajar con mujeres con depresión que reciben dicho tratamiento.

Los factores psiquiátricos son los factores de riesgo más relevantes en las dificultades sexuales en las mujeres. Los más habituales son la depresión, los trastornos de ansiedad, los relacionados con la conducta alimentaria y el estrés postraumático (Atlantis y Sullivan, 2012; Basson y Gilks, 2018; Clayton et al., 2018; De Dios et al., 2016; Kingsberg y Woodard, 2015; McCabe et al., 2016). Además, los factores psicológicos pueden superar en influencia a los biológicos. Un afrontamiento inadecuado en la gestión del estrés producido por crisis vitales como el embarazo y el periodo de lactancia puede influir desfavorablemente en el deseo sexual. También una autoestima baja, una orientación sexual no aceptada, las creencias culturales, el estrés, la insatisfacción con la imagen corporal, una educación sexual represiva, la atención centrada en sí misma y las experiencias relacionadas con traumas y violaciones (Clayton et al., 2018; De Dios et al., 2016; Kingsberg y Woodard, 2015).

Una de las causas más importantes del bajo deseo ha demostrado ser los problemas en la relación de pareja. Morton y Gorzalka (2015) muestran que el deseo y la excitación aumentan ante la novedad de la pareja en mujeres y hombres y se ven afectados negativamente cuando la pareja lleva muchos años establecida. Otras variables son la escasez de tiempo en intimidad, no sentirse emocionalmente cercano al otro, la existencia de conflictos, violencia psicológica y/o física, disfunciones sexuales en uno de ellos, cambios en la imagen corporal que provoque el descenso en el deseo y problemas de comunicación. En relación a esto último, toma gran

relevancia el silencio en la comunicación erótica, sostenido por la distorsión cognitiva de adivinación del pensamiento, que consiste en creer que su pareja debería saber cuáles son sus deseos y satisfacerlos. Además, la consecuencia de no expresar su malestar al otro mantiene emociones desagradables, como frustración (De Dios et al., 2016; Herms, 2013).

3.3.2. Evaluación

Para evaluar el trastorno del interés/excitación sexual se recoge información, primordialmente, de dos variables: el deseo sexual y la excitación sexual subjetiva. Para ello, se realiza un sondeo inicial a través del Detector de Disminución del Deseo Sexual (DSDS) de Nappi et al. (2009), encuesta recogida junto con su corrección en el Anexo 1 de este trabajo. Si su resultado apunta a la presencia del trastorno, se recomienda seguir aplicando pruebas de evaluación (Clayton et al., 2013; Clayton et al., 2018; Kingsberg y Woodard, 2015; Latif y Diamond, 2013; Parish y Hahn, 2016).

Para evaluar el nivel de deseo sexual, es útil el “Sexual Desire Inventory” (SDI) de Spector et al. (1996), con 13 ítems que mide deseo sexual solitario y diádico, contando con buena fiabilidad en ambos casos ($\alpha = 0,96$ y $0,86$, respectivamente). Su versión validada en español (Moyano et al., 2017) mide deseo sexual solitario, hacia la pareja y hacia una persona considerada atractiva. La fiabilidad fue muy buena, con una media de $\alpha = 0,90$ para las tres dimensiones, y además cuenta con buenos indicadores de validez.

Para evaluar la excitación sexual subjetiva, se utiliza “Escala de Valoración de Excitación Sexual” (VES) de Mosher (2011), que cuenta con 5 ítems y mide la excitación sexual sentida en una situación determinada, contando, la versión española de dicha escala (Sierra et al., 2017) con una fiabilidad muy buena ($\alpha = 0,90$).

Otro instrumento validado es el que mide el funcionamiento sexual en la mujer, el “Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) (Jofré et al., 2017; Latif y Diamond, 2013; Portillo et al., 2017). Consta de 19 ítems y evalúa distintas categorías del funcionamiento sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor). La consistencia interna y validez han demostrado ser bastante buenas (Latif y Diamond, 2013). La última versión española de este instrumento es el Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM) de Sánchez et al. (2004), que cuenta con 15 ítems, y con una buena fiabilidad ($\alpha = 0,89$) y validez.

Por último, para evaluar la preocupación de la mujer por su situación sexual, se recomienda aplicar The Female Sexual Distress Scale de Derogatis et al. (2002), que cuantifica esta variable mediante 12 ítems y presenta un alto grado de consistencia interna y confiabilidad test-retest. Sin embargo, este instrumento no está disponible en español.

3.3.3. Intervención psicológica

En el tratamiento del trastorno del interés/excitación sexual las alternativas más habituales son la intervención farmacológica y psicológica. La psicológica muestra más ventajas cuando las causas que priman son de esta índole. Estas se relacionan con el objetivo a alcanzar, que es mejorar el funcionamiento sexual (no solo en eliminar la sintomatología), además de no presentar efectos secundarios dañinos, como sí ocurre con la farmacología. Además, la intervención psicológica muestra ser eficaz en la mejora de la sintomatología, mientras que la farmacológica aún no. Sin embargo, ninguno de estos tratamientos ha logrado mantener los resultados en el tiempo (Frühauf et al., 2013; Kingsberg y Woodard, 2015; Weinberger et al., 2019). A veces se observa que la mejor solución es la combinación de ambas vías (Kingsberg y

Woodard, 2015, Kockott, 2007), pues lo importante es lograr una intervención flexible y centrada en la persona para que sea eficaz (Avasthi et al., 2017).

A pesar de sus limitaciones, el tratamiento psicológico es eficaz en la mejora de la satisfacción sexual y en la gravedad de la sintomatología. Cuando el objetivo es el segundo, este es superior a la lista de espera si se realiza en pareja, pues cuando su aplicación es individual, los resultados son más limitados. Cuando el objetivo es mejorar la satisfacción sexual, los resultados son superiores a la lista de espera si se realiza en grupo y no en pareja. Se muestra, por tanto, que el formato grupal es eficaz en la satisfacción sexual y en el tratamiento de los síntomas en comparación con otros formatos. Sin embargo, faltan estudios que midan la satisfacción sexual en el formato individual (Frühauf et al., 2013).

A continuación, se explicarán los tratamientos psicológicos más eficaces para abordar este trastorno: la terapia cognitivo-conductual y la terapia sexual. La diferencia entre ellos es que la primera pretende modificar el estilo cognitivo disfuncional, a diferencia del segundo. Ambos muestran mejoras significativas tras su aplicación, aunque los resultados son superiores cuando se aplican de forma combinada (Frühauf et al., 2013; Kingsberg y Woodard, 2015; Weinberger et al., 2019).

La terapia sexual fue desarrollada por Masters y Johnson (1970, citados en Frühauf et al., 2013) y su elemento fundamental es la “focalización sensorial”, que consiste en ejercicios conductuales a realizar en pareja para restar atención a las expectativas que pretenden alcanzar con el encuentro sexual, centrándose en la experimentación de sensaciones corporales que no tienen por qué incluir estimulación genital. Estos ejercicios son eficaces en la reducción de la inhibición de las prácticas sexuales y la ansiedad por desempeño (Frühauf et al., 2013; Kingsberg y Woodard, 2015).

Por otro lado, en la terapia cognitivo-conductual, el elemento principal es la modificación de creencias intrusivas que complican el placer y la intimidad, sin abandonar los elementos de la terapia sexual, pues se observa que un gran número

de mujeres sufren la interferencia de estas creencias en su respuesta sexual (Díez y Lejárraga, 2014; Frühauf et al., 2013; Kingsberg y Woodard, 2015).

En la terapia sexual, es necesaria la participación de los dos miembros de la pareja, y está sustentada por un proceso educativo del funcionamiento sexual. La pareja, además, es objeto de ayuda para identificar sus deseos y promover su expresión (Díez y Lejárraga, 2014). Desde la terapia cognitivo-conductual, la aplicación es más flexible, pudiéndose aplicar en pareja, individualmente o en combinación. Esto genera distintos tratamientos y combinaciones entre ellos, como los “Ejercicios de Reacondicionamiento de la Excitación” de Kockott (2007), la Terapia de Pareja y el Entrenamiento en Habilidades Sexuales en combinación con terapia cognitivo-conductual de Frühauf et al. (2013), como los más relevantes.

Los Ejercicios de Reacondicionamiento ponen el foco en la aceptación de la masturbación como experiencia sexual. Se pretende que la paciente sienta el aumento gradual de la excitación a través de ejercicios de masturbación, fomentados por juegos de rol, fantasías sexuales y uso de vibradores. Este entrenamiento también se realiza en la terapia sexual, siendo la diferencia, la validez y el enfoque terapéutico. Esto es, mientras que los elementos fundamentales de la terapia sexual son de enfoque conductual y han mostrado su eficacia, estos Ejercicios de Reacondicionamiento son considerados probablemente eficaces, y se realizan bajo la premisa de la influencia de los factores cognitivos y emocionales en el problema sexual (Labrador y Crespo, 2001).

En cuanto a la terapia de pareja, cabe comentar la conveniencia de incluirla cuando las causas y/o el mantenimiento del bajo deseo son los problemas de pareja. Es necesario investigar para actualizar la eficacia de este tipo de terapia para este trastorno, pues el tratamiento referente es la Combinación de Terapia de pareja y sexual de Zimmer (1987), tratamiento antiguo y probablemente eficaz, que pretende

conseguir una interacción menos rígida entre a pareja, gracias a la modificación de la percepción disfuncional de ambos, combinándolo con los ejercicios de la Terapia Sexual.

Por último, en la combinación de terapia cognitivo-conductual con Entrenamiento en Habilidades Sexuales, se pone el foco en la práctica, a solas o en pareja, de ejercicios de focalización sensorial y de entrenamiento en masturbación, en la aplicación de reestructuración y psicoeducación, en la asignación de tareas, y en la adquisición de habilidades, no sólo sexuales. Con este tratamiento combinado, se han conseguido mejoras significativas superiores en comparación con la aplicación, únicamente, de la terapia cognitivo-conductual (Frühauf et al., 2013; Puentes y De Dios, 2016).

Es necesario, por lo tanto, identificar las estrategias más eficaces dentro de este enfoque, pues la elaboración de distintas ramificaciones de tratamiento, provocada por una falta de modelo de referencia, trae como consecuencia el desconocimiento sobre qué variable/s son las que producen el cambio, haciendo difícil concluir si las estrategias son independientes entre ellas, contradictorias o complementarias (Labrador y Crespo, 2001). La regulación emocional, la reestructuración, la activación conductual, la desensibilización, el control de estímulos y la práctica de habilidades para comunicarse con la pareja en un contexto sexual se consideran las más eficaces (Díez y Lejárraga, 2014; Frühauf et al., 2013; Kingsberg y Woodard, 2015). Sin embargo, la aplicación de la reestructuración presenta limitaciones. Por ello, se estudia y conviene seguir haciéndolo, la sustitución a veces, de esta estrategia por la terapia de conciencia plena o mindfulness en combinación con la terapia cognitivo-conductual, con resultados bastante alentadores (Binik y Meana, 2009, Kingsberg y Woodard, 2015).

Otra de las limitaciones encontradas, no solo en esta terapia, si no en la evaluación e intervención del trastorno, es la pobre conceptualización de la ansiedad. A esta variable se le atribuye un papel relevante en el desarrollo de las disfunciones

sexuales, pero no se indica con precisión cómo puede identificarse, en qué consiste o cómo actúa, lo que lleva a intervenir en ella de una forma poco precisa e indirecta (Labrador y Crespo, 2001; Sánchez et al., 2007).

A modo de resumen, la terapia psicológica es la única que ha mostrado evidencia cuando la causa del trastorno no solo es orgánica. Sin embargo, está disgregada en diversos tratamientos, llegándose a la conclusión de que la intervención es multifactorial y provocando confusión en cuanto a su eficacia, (Weinberger et al., 2019). La tabla 1 recoge información acerca de las terapias existentes más importantes. Las limitaciones descritas denotan la necesidad de proponer otras alternativas de intervención, o mejorar las ya existentes. Como se ha comentado, la pobre conceptualización de la ansiedad, el no incluir los problemas de pareja, la falta de estudios que midan la eficacia de los tratamientos con formato individual y el no mantenimiento de los resultados, son las limitaciones más destacadas (Frühauf et al., 2013; Herms, 2013; Kingsberg y Woodard, 2015; Labrador y Crespo, 2001; Weinberger et al., 2019).

Tabla 1

Tratamientos para el Trastorno del Interés/Excitación Sexual, sus Componentes más Relevantes, Fortalezas y Limitaciones

Tratamiento	Componentes Relevantes	Fortalezas	Limitaciones
Terapia Sexual Masters y Johnson (1970, citados en Frühauf et al., 2013).	-Aplicación en pareja. -Información sobre sexo, asesoramiento, focalización sensorial, identificación y expresión de deseos.	Validada con buenos resultados en disminuir la inhibición de las prácticas sexuales y la ansiedad por desempeño.	-Tratamiento un tanto reduccionista por poner el foco en la respuesta sexual. -Se obtienen resultados peores cuando la dificultad está relacionada con creencias disfuncionales. Se recomienda combinarla con terapia cognitivo-conductual. -No se incluyen los problemas de pareja. Cuando se combina con la terapia de pareja, los resultados son mejores y más mantenidos en el tiempo. -Poco margen de adaptación, pues el

			<p>formato de aplicación solo es en pareja.</p> <p>-No se precisa cómo actúa la ansiedad, en qué consiste, cómo puede identificarse y abordarse.</p> <p>-Los resultados no se mantienen.</p>
<p>Terapia Cognitivo-Conductual</p> <p>(Díez y Lejárraga, 2014; Frühauf et al., 2013; Kingsberg y Woodard, 2015).</p>	<p>Estrategias más relevantes: regulación emocional, reestructuración, activación conductual, desensibilización, control de estímulos y práctica de habilidades de comunicación con la pareja en contexto sexual.</p>	<p>-Formato flexible (en pareja, individualmente o combinación de ambas).</p> <p>-Validación empírica en el tratamiento de este trastorno.</p>	<p>- Por sí sola puede ser incompleta. Se recomienda combinarla con terapia sexual.</p> <p>-No se precisa cómo actúa la ansiedad, en qué consiste, cómo puede identificarse y abordarse.</p> <p>-Los resultados no se mantienen.</p> <p>-Los problemas de pareja no se abordan lo suficiente.</p>
<p>Reacondicionamiento de la excitación</p> <p>(Kockott, 2007).</p>	<p>-Ejercicios de masturbación, juegos de rol desinhibidores y uso de fantasías sexuales.</p> <p>-Pequeño abordaje de factores cognitivos y emocionales.</p>	<p>Fácil adaptación a los casos que pretenden mejorar el deseo sexual o excitación.</p>	<p>-Cuando no se aplica en pareja, los resultados son limitados.</p> <p>-Estos ejercicios pueden ser útiles, pero necesitan ser encuadrados en un marco de tratamiento más amplio y validado.</p> <p>-No se precisa cómo actúa la ansiedad, en qué consiste, cómo puede identificarse y abordarse.</p> <p>-Reduccionista por centrarse en respuestas sexuales específicas, dar poca importancia a variables psicológicas relevantes y no tener en cuenta los problemas de pareja.</p> <p>-Los resultados satisfactorios no se mantienen.</p> <p>- No es considerado tratamiento eficaz.</p>
<p>Combinación de Terapia de Pareja y Sexual</p> <p>(Zimmer, 1987).</p>	<p>-Estrategias cognitivo-conductuales y estrategias de la terapia sexual nombradas anteriormente para abordar problemas sexuales y de pareja.</p>	<p>- Único tratamiento que aborda, de forma directa, problemas de pareja y que cuenta con validez empírica, a pesar de ser considerado, tratamiento probablemente eficaz.</p> <p>-Ha demostrado resultados</p>	<p>-Tratamiento antiguo.</p> <p>-La aplicación solo es en pareja, por lo que hay un escaso margen de adaptación.</p> <p>-No se precisa cómo actúa la ansiedad, en qué consiste, cómo puede identificarse y abordarse.</p> <p>-No es considerado tratamiento eficaz.</p>

		superiores a la terapia sexual en la aplicación del tratamiento y en el seguimiento.	
<p>Entrenamiento en habilidades sexuales y estrategias cognitivo-conductuales (Frühauf et al., 2013)</p>	<p>-Ejercicios a solas o en pareja. -Focalización sensorial, entrenamiento en masturbación, reestructuración, psicoeducación, asignación de tareas y adquisición de habilidades, no sólo sexuales.</p>	<p>Las mejoras son significativamente superiores que aquellas obtenidas cuando se aplica solo la terapia cognitivo-conductual.</p>	<p>-Se necesita seguir investigando. -No se tienen en cuenta los problemas de pareja. -No se precisa cómo actúa la ansiedad, en qué consiste, cómo puede identificarse y abordarse.</p>
<p>Terapia Cognitivo-Conductual con Mindfulness (Binik y Meana, 2009, Kingsberg y Woodard, 2015)</p>	<p>Estrategias cognitivo-conductuales y de conciencia plena.</p>	<p>- Resultados alentadores en la evidencia empírica. -Formato flexible (en pareja, individualmente o combinación de ambas).</p>	<p>-Aún no hay evidencia suficiente. -La atención plena puede ser contraproducente en personas que se autoobservan mucho, provocando el aumento de la gravedad de los síntomas. -No se pone el foco en los problemas de pareja. -No se precisa cómo actúa la ansiedad, en qué consiste, cómo puede identificarse y abordarse.</p>

4. Metodología de investigación

4.1. Fuentes de información

Las bases de datos utilizadas para realizar la revisión bibliográfica han sido: Biblioteca UAH, Google Académico, Dialnet, PubMed, SciELO, Eureka, ÍndICES, Web of Science y Scopus.

4.2. Criterios de inclusión, términos de búsqueda y operadores

Para esta revisión, el criterio de inclusión principal ha sido que los artículos fueran del año 2011 o posteriores, para abarcar los últimos 10 años. Sin embargo, debido a que los últimos tratamientos validados se remontan a los años 70, con pocas aportaciones validadas diferentes desde entonces, se han incluido artículos de años anteriores. Por otro lado, se excluyen los artículos que abordaban esta problemática solamente desde un enfoque médico y/o aquellos que desarrollaban tratamientos no considerados eficaces.

Para esta búsqueda se han utilizado las palabras clave, tanto en castellano como en inglés: deseo sexual, deseo sexual hipoactivo, deseo sexual inhibido, trastorno del interés sexual, bajo deseo sexual, evidencia empírica tratamientos deseo sexual, disfunciones sexuales femeninas, trastorno sexual y evaluación deseo sexual. Cabe añadir, que se ha utilizado el operador booleano “AND” en la base de datos de la Biblioteca UAH.

5. Propuesta de intervención

5.1. Presentación

La revisión bibliográfica realizada muestra que la prevalencia de este trastorno es alta, puede provocar un deterioro en la calidad de vida de la persona afectada y su pareja, y los tratamientos actuales no mantienen los resultados. Por ello, se presenta una propuesta de intervención, respetando los últimos descubrimientos sobre la forma en la que aparece el deseo en la mujer, y que combina y enfatiza las fortalezas de los tratamientos actuales, proponiendo mejoras para el abordaje de sus limitaciones.

Está basada en un caso único para servir de ejemplo y conseguir mayor profundidad en la comprensión del tratamiento, pues las investigaciones muestran una gran similitud entre la sintomatología de las personas que lo padecen, apuntando a una ampliación del rango de aplicación a casos con diagnóstico similar.

Se organiza en 13 semanas, a modo orientativo, para concretar y organizar los elementos más relevantes. Sin embargo, en la práctica, es fácil que el número de sesiones sea más alto. El formato utilizado es de tres tipos: individual, en pareja y grupal. La elección de uno u otro dependerá de la eficacia demostrada según la técnica a aplicar, las cuales están englobadas en las dos terapias que han mostrado su eficacia en el tratamiento de este trastorno: la terapia cognitivo-conductual y la terapia sexual.

5.2. Contexto

El contexto de esta propuesta es el caso de una mujer de 29 años que lleva casada desde hace cinco años con un hombre. A través de entrevistas abiertas, realizadas a la pareja en conjunto y a la paciente individualmente, la terapeuta concluye que el motivo de consulta es un bajo interés sexual en ella.

La pareja comenta que, al comienzo de su relación, hace seis años, mantenían relaciones sexuales. Sin embargo, hace tres años tuvieron un hijo y, aunque la frecuencia y el interés por parte de ella por mantener sexo ya se había reducido significativamente antes de este hecho, este interés disminuyó aún más cuando se convirtió en madre. La paciente comenta que tener un hijo fue la justificación para centrar todos sus esfuerzos en su cuidado y evitar sentir la responsabilidad de afrontar sus dificultades sexuales. Desde hace un año no mantienen ningún tipo de relación

sexual, a pesar de tener tiempo y espacio adecuado para ello, pues comparten el cuidado de su hijo con familiares.

Ella comenta que el sexo no es algo que le entusiasmara demasiado en el pasado, pero que, normalmente, cuando iniciaba una relación afectiva, sentía deseo, aunque este disminuía con el paso del tiempo, pero nunca tanto como hasta ahora. Esto antes no le preocupaba, así que decidió casarse, pensando que el sexo no influiría tanto en su matrimonio, pues quería a su pareja y veía futuro en su relación. También comenta, que, a lo largo de su historia personal, no sufrió ningún problema relacionado con la masturbación consigo misma, sin embargo, el interés por la autoestimulación también ha ido disminuyendo, y en la actualidad, apenas la practica.

Hace unos días, decidieron ir a terapia para mejorar su situación, pues la relación se está deteriorando y actualmente pocas veces se dirigen la palabra, y cuando lo hacen suele ser para tratar cuestiones relacionadas con la crianza de su hijo. Cuando intentan hablar de su situación sexual acaban discutiendo porque dicen no encontrar salida. Además, estas discusiones se han generalizado a otros ámbitos de su vida.

A solas con la terapeuta, la paciente expresa sentirse culpable por esta situación. Además, verbaliza que no sabe qué cosas le gustan, que tiene dificultades para comunicarse con su pareja en el ámbito sexual y que casi nunca ha sido capaz de tomar la iniciativa con nadie para iniciar un acercamiento sexual. La terapeuta descarta problemas orgánicos, la presencia de otros trastornos y toma de medicación. También hay ausencia de dolor durante las prácticas sexuales, aunque hay veces que se fuerza para mantenerlas, acarreándole algunas molestias físicas. También presenta miedo al sexo y pensar en este tema le provoca ansiedad. Esto parece relacionarse con obsesiones, las cuales se hacen muy perturbadoras cuando intenta masturbarse y durante la práctica de relaciones sexuales con su pareja. Afirma que hace tiempo le obsesionaba la idea de no tener un orgasmo y que ahora también le obsesiona la idea de no excitarse. Cuenta que, en sus primeras experiencias sexuales con otras

personas, ella se excitaba pero también tenía algunas sensaciones físicas desagradables y fue en esos momentos cuando se obsesionó con no alcanzar el orgasmo. Con otras de sus parejas le costaba alcanzar dicha fase, pero gracias a la entrega de algunas de ellas, se facilitaba el proceso. Sin embargo, de su pareja actual dice que no le gustan “los preliminares” y que parece solo gustarle la penetración, pero que esto es un tema que no se atreve a expresarle.

Tras esta recogida de información, se concluye que esta mujer cumple criterios del DSM-5 para el trastorno del interés/excitación sexual. Además, es probable, que se trate de un trastorno adquirido, generalizado y con un nivel moderado de severidad.

Se decide seguir explorando aplicando los siguientes instrumentos. Primero se aplica el Detector de Disminución del Deseo Sexual (DSDS) de Nappi et al. (2009; ver Anexo 1). La paciente responde “Sí” a los cuatro primeros ítems y no marca ninguno de los apartados del ítem 5. Este tipo de respuesta indica la presencia de trastorno del deseo adquirido.

Luego se aplica el Sexual Desire Inventory (SDI) de Spector et al. (1996). Se responde mediante una escala de tipo Likert y si se obtiene una puntuación total de 45 o menos, la posibilidad de estar padeciendo un bajo deseo sexual es bastante alta. En dicha prueba la paciente obtuvo una puntuación de 42.

En el Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM) de Sánchez et al. (2004), que evalúa seis dominios de la actividad sexual mediante una escala tipo Likert, para hacer el diagnóstico de disfunción se tiene que dar un valor porcentual igual o menor de 50 en al menos uno de los seis dominios. En este caso, se obtuvo un valor porcentual menor de 50 en los dominios de deseo, excitación y ansiedad anticipatoria. En los tres restantes (lubricación, orgasmo y penetración) no se presentan dificultades significativas.

Por último, también se aplica The Female Sexual Distress Scale de Derogatis et al. (2002), donde la puntuación puede oscilar entre 0 y 52, siendo una puntuación de 11 o

más, indicativa de un nivel alto de angustia relacionada con el sexo. La paciente obtuvo una puntuación de 30.

5.3. Objetivos de la propuesta

Objetivos generales:

- Aumentar el nivel de deseo sexual.
- Aumentar la frecuencia de comportamientos que aumenten la probabilidad de iniciar prácticas sexuales consigo misma y con su pareja.
- Aumentar la frecuencia de prácticas sexuales placenteras consigo misma.
- Aumentar la frecuencia de relaciones sexuales satisfactorias con su pareja.

Objetivos específicos:

De componente cognitivo:

- Disminuir los pensamientos automáticos que interfieren negativamente en su deseo.
- Disminuir los pensamientos exigentes acerca de su funcionamiento sexual.
- Disminuir las obsesiones de no excitarse y otras que interfieren en su sexualidad.
- Disminuir el nivel de credibilidad en creencias de rechazo con respecto al sexo.
- Flexibilizar creencias nucleares relacionadas con mitos sexuales y del amor romántico.

De componente emocional:

- Disminuir los sentimientos de culpa por no conseguir el funcionamiento sexual esperado.
- Disminuir los sentimientos de fracaso en el ámbito sexual.

-Disminuir la ansiedad y miedo asociada a los encuentros sexuales consigo misma y con su pareja.

De componente conductual:

-Aumentar el autoconocimiento de su cuerpo.

-Mejorar las habilidades sexuales, tanto en ella como en su pareja.

-Mejorar las habilidades de comunicación con su pareja, tanto en el plano sexual como en el emocional.

-Disminuir las conductas (externas e internas) de evitación que le impiden abandonarse a las sensaciones provocadas por las estimulaciones.

5.4. Metodología y recursos

El programa propuesto comienza abordando el área cognitiva para luego realizar ejercicios de exposición mediante el entrenamiento en habilidades sexuales, tanto a solas como en pareja. En paralelo, se trabajarán los problemas en la relación de pareja que influyen en el trastorno de la paciente. Estas tareas se organizarán en 12 sesiones y un periodo de seguimiento, aplicándose distintos formatos: individual (con la paciente y con el marido), en pareja y grupal, dependiendo del objetivo a conseguir. El orden de estas actividades y su desarrollo persiguen graduar el proceso terapéutico para aumentar la probabilidad de alcanzar resultados exitosos.

Los recursos para su aplicación son: un terapeuta cualificado, un experto en Educación Sexual, un grupo entre 8 y 10 personas con al menos una disfunción sexual, un espacio adecuado para la realización de las sesiones, un espacio habilitado para al menos 10 personas, un espacio tranquilo e íntimo para el entrenamiento en habilidades sexuales, folios, proyector, espejo, libros y películas eróticas, vibradores y disfraces.

5.5. Sesiones

En este apartado se detallará el Programa de Intervención propuesto para el caso único aquí presentado.

Semana 1. Detectando los problemas de pareja.

Sesión individual con cada miembro de la pareja (1 hora cada sesión individual) y sesión en pareja (1 hora).

Descripción de tarea:

La terapeuta se reunirá con cada uno individualmente para evaluar los problemas presentes en la relación que influyen en el trastorno. Después, se realizará una sesión en pareja en la que se les presentará un análisis funcional, con el fin de ayudarles a comprender qué elementos están manteniendo su problema. En este caso, uno de los factores más relevantes es la presencia en ambos de la distorsión de adivinación del pensamiento, lo que les lleva a creer que su pareja debe saber lo que necesitan sin necesidad de expresárselo. Para su abordaje, la pareja aprenderá en qué consiste esta distorsión y se pondrán muchos ejemplos sobre cómo les está afectando a su relación. También se generarán pensamientos alternativos más funcionales respecto a la necesidad de expresión.

Fundamentación de tarea:

Los problemas de pareja es una de las variables más influyentes en este trastorno, incluso, a veces, se consideran las causas. Los problemas de comunicación son los más habituales y suelen mantenerse por distorsiones como la adivinación del pensamiento, por lo que, no incluirlas en el tratamiento es una de las limitaciones más importantes en el alcance del éxito terapéutico y en el mantenimiento de los resultados (De Dios et al., 2016; Herms, 2013).

Adaptaciones para pacientes de distintas características:

Hay parejas con problemas necesarios de abordar antes de comenzar a trabajar la disfunción sexual, como la presencia de violencia física y/o verbal. Puede que al abordar este problema principal no sea necesario el tratamiento de la disfunción sexual, pues esta puede ser consecuencia del problema de violencia (Moyano y Sierra, 2015).

Semana 2. Conceptualizando la ansiedad.

Sesión individual con la paciente (1 hora).

Descripción de tarea:

La terapeuta realizará psicoeducación de la ansiedad, para luego centrarse en la ansiedad sexual. Como tarea para casa, la paciente realizará un autorregistro, al menos durante una semana, en el que recogerá información acerca de cuándo, cómo, con qué frecuencia y con qué intensidad aparece la ansiedad relacionada con su sexualidad. En el anexo 2 se muestra un ejemplo de autorregistro de tres días.

Fundamentación de tarea:

En la mayoría de las disfunciones sexuales, y concretamente en este trastorno, las pacientes presentan niveles de ansiedad elevados cuando anticipan y practican relaciones sexuales. Sin embargo, esta variable, no ha sido atendida adecuadamente en los tratamientos existentes (Labrador y Crespo, 2001).

Recursos:

Autorregistro.

Semana 3. Conceptualizando la ansiedad e identificando creencias limitantes.

Sesión individual con la paciente (1 hora).

Descripción de tarea 1:

Con los datos recogidos en el autorregistro, se realizará un análisis funcional, donde se plasmará, seguramente, que la ansiedad aparece ante la amenaza de mantener relaciones sexuales, y que su intensidad es más alta antes y durante la realización de cualquier práctica sexual. Gracias a este se podrá observar que la evitación de mantener sexo está siendo una de las variables más importantes en el mantenimiento de la ansiedad sexual.

Recursos para tarea 1:

Autorregistro.

Adaptaciones para pacientes de distintas características en tarea 1:

Puede parecer que la ansiedad, en principio, no está asociada al ámbito sexual, por ejemplo, la ansiedad mantenida en el tiempo y/o generalizada. En estos casos, el autorregistro y el análisis funcional se realizarán igualmente para identificar la presencia de ansiedad en los distintos ámbitos de su vida. Esto ayudará a conceptualizar la ansiedad y valorar si está explicada, en parte, por cómo vive sus dificultades sexuales.

Descripción de tarea 2:

A través de una entrevista abierta se ayudará a la paciente a identificar las creencias que interfieren en su respuesta sexual. Se puede usar el autorregistro anterior. En este caso, se presentan distorsiones cognitivas relacionadas con cómo debería funcionar sexualmente y con mitos sexuales y del amor romántico, lo que le está provocando sentimientos de culpa, fracaso y rechazo hacia el sexo. Para la modificación de estas creencias se aplicará reestructuración.

Fundamentación de tarea 2:

Se ha demostrado que la modificación del estilo cognitivo disfuncional a través de la terapia cognitivo-conductual ayuda a conseguir resultados exitosos en el tratamiento (Díez y Lejárraga, 2014; Frühauf et al., 2013; Kingsberg y Woodard, 2015).

Recursos para tarea 2:

Autorregistro.

Adaptaciones para pacientes de distintas características en tarea 2:

La reestructuración es una estrategia que a veces no consigue el cambio deseado. En estos casos se recomienda aplicar estrategias como la defusión cognitiva y el *mindfulness* para generar distancia de sus pensamientos intrusivos y aceptar su presencia, y así continuar con el tratamiento (Barraca, 2009).

Semana 4. Desaprendiendo y aprendiendo sobre sexo (I).

Sesión grupal (1 hora y media).

Descripción de tarea:

Se hará psicoeducación del funcionamiento sexual. Para ello, la paciente y su pareja formarán parte de un grupo reducido de personas que presenten, al menos, una disfunción sexual. Un terapeuta experto impartirá Educación Sexual a todo el grupo. La información veraz fomentará el conocimiento del cuerpo, la disminución de pensamientos exigentes relacionados con el funcionamiento sexual y eliminará mitos sexuales. También eliminará sesgos como “la única relación sexual válida tiene que incluir penetración y orgasmo”, lo que favorecerá la reducción de sus obsesiones.

En el caso de esta pareja será útil recibir información adecuada acerca de la existencia de la variabilidad en las prácticas sexuales, sobre la forma en la que aparece el deseo en la mujer, enfatizando en la necesidad de crear un periodo de intimidad previo con la pareja, y sobre los beneficios relacionados con la presencia de fantasías sexuales, entre otros contenidos. En relación a esto último, en el anexo 3, se puede ver un

ejemplo de diapositiva para la presentación del contenido de las fantasías sexuales durante la psicoeducación, basado en Burgos (2009).

Fundamentación de tarea:

La evidencia muestra que recibir una adecuada información sexual favorece que las personas presenten menos disfunciones sexuales en el futuro y también modifica creencias disfuncionales en el presente. Estos resultados muestran ser mejores si se realiza en pareja o en grupo. El grupo ayuda a la reducción de la sensación de soledad ante el problema favoreciendo el descenso de los sentimientos de culpa, fracaso y rechazo (Díez y Lejárraga, 2014; Frühauf et al., 2013).

Recursos:

Una sala habilitada para 10 personas, un grupo de personas que presenten, al menos, una disfunción sexual, un experto en Educación Sexual y un proyector.

Adaptaciones para pacientes de distintas características:

Puede haber pacientes que se nieguen a realizar esta actividad en grupo. Una de las causas más habituales puede ser sentir vergüenza. En estos casos, se recomienda la identificación y modificación de creencias limitantes que impiden a los pacientes beneficiarse del formato grupal. Para ello, la reestructuración y estrategias de terapias de tercera generación pueden ser útiles.

Semana 5. Desaprendiendo y aprendiendo sobre sexo (II).

Sesión grupal (1 hora y media).

Las características son las mismas que las explicadas en la sesión anterior (semana 4).

Semana 6. Reestructurando creencias limitantes e identificando deseos y valores.

Sesión individual con la paciente (1 hora).

Descripción de tarea 1:

Se continuará con la reestructuración de creencias limitantes en su funcionamiento sexual. Las características de esta tarea son las mismas que las explicadas en la Semana 3, en Descripción de tarea 2.

Descripción de tarea 2:

La terapeuta realizará una entrevista abierta para ayudar a la paciente a identificar situaciones, formas de estimulación corporal, fantasías sexuales, etc., que despiertan su excitación. También se explorará qué valora del sexo, qué espera de él, qué significa para ella, qué le gustaría que no faltase, etc. En este punto, la terapeuta ajustará expectativas relacionadas con el sexo si fuera necesario.

Puede que, en esta paciente, la ausencia de deseo dificulte esta tarea, por lo que se propone para casa la lectura de libros eróticos, visionado de películas eróticas, identificación de fantasías sexuales en otras personas preguntando en su entorno y también la realización de un autorregistro de deseos y sensaciones basado en la autoobservación.

Fundamentación de tarea 2:

La identificación de deseos y su expresión son estrategias eficaces para mejorar el funcionamiento sexual en las parejas con disfunciones, porque, dentro de las causas más frecuentes, está el desconocimiento acerca de saber lo que desean y valoran en el ámbito sexual, además de la falta de habilidad para su expresión (Díez y Lejárraga, 2014).

Recursos para tarea 2:

Libros eróticos, películas eróticas y autorregistro de deseos.

Adaptaciones para pacientes de distintas características en tarea 2:

Puede haber pacientes que, aún con la aplicación de las estrategias descritas, tengan complicaciones para identificar deseos. En estos casos, se pueden explorar deseos pasados y valorar si tienen espacio en el presente.

Sesión individual con el marido (1 hora).

Descripción de tarea:

El procedimiento será el mismo que el descrito en la sesión individual con la paciente en la tarea 2 en esta semana. Además, la terapeuta explorará posibles dificultades en la expresión de sus deseos. Si las hubiera, se realizará un *role-playing*, en el cual, la terapeuta tomará el rol de la paciente mientras que el marido practica su expresión.

Semana 7. Ensayando cómo expresar deseos y planificando el entrenamiento en habilidades sexuales consigo misma.

Sesión individual con la paciente (1 hora).

Descripción de tarea 1:

La terapeuta entregará a la paciente un documento donde se presentan claves para expresar sus deseos sexuales a su pareja. En el anexo 5 se presenta dicho documento. Una vez leído y comentado, terapeuta y paciente harán un *role-playing*, en el cual, la terapeuta adquirirá el rol del marido mientras que la paciente ensaya su expresión.

Descripción de tarea 2:

Se planificará, para su realización en casa, el Entrenamiento en Habilidades Sexuales consigo misma para lograr incrementar su excitación. Para ello, se hará un recordatorio de todo lo aprendido en las sesiones de psicoeducación sobre las partes sexuales de su cuerpo y su funcionamiento, y después se planeará la exploración visual de estas zonas en casa usando un espejo. Tras esto, la paciente se acariciará

en zonas no sexuales manteniéndose consciente de las sensaciones. Gradualmente, irá incorporando caricias en zonas sexuales. Luego incorporará la masturbación sin abandonar la práctica de estas caricias. Para ello, se recomienda que recurra a fantasías y deseos identificados en sesiones anteriores, antes y durante estos ejercicios, enfocándose en cómo va sintiendo el aumento de su excitación. Puede usar vibradores para potenciar los resultados.

En sesiones posteriores se realizará la supervisión de este entrenamiento abordando las dificultades en el proceso, identificando los avances, entrenando en autorrefuerzo y reestructurando creencias limitantes que surjan. No se recomienda pasar a las tareas descritas en la siguiente semana hasta que la paciente no domine estos ejercicios.

Fundamentación de tarea 2:

Estos ejercicios se basan en la Focalización Sensorial, recogidos en la Terapia Sexual. Servirá de entrenamiento para abandonarse a las sensaciones, disminuyendo así el rol del espectador, a exponerse in vivo a prácticas que le generan ansiedad, a controlar sus obsesiones y al conocimiento de su cuerpo.

En este caso, se ha adaptado la técnica a esta paciente para potenciar los resultados, pues ahora no se realizará en pareja como se hace tradicionalmente, para integrar ejercicios del Reacondicionamiento de la Excitación. Esta combinación incrementará el repertorio conductual sexual, ampliará el abanico de sensaciones corporales y asociará estas como parte de la práctica sexual (Frühaufer et al., 2013; Kingsberg y Woodard, 2015; Kockott, 2007).

Recursos para tarea 2:

Espacio íntimo y tranquilo, espejo, vibradores, y libros y películas eróticas.

Adaptaciones para pacientes de distintas características en tarea 2:

Para algunas pacientes será complicado exponerse a la ansiedad que le producen estos ejercicios aunque se haya trabajado la parte cognitiva. En estos casos, el vínculo terapéutico será una variable clave, pues la paciente tendrá que sentir confianza en su

terapeuta y sentirse acompañada en el proceso. Por lo tanto, la terapeuta tendrá el reto de fomentar la empatía, la escucha activa, la aceptación incondicional y ver el fracaso como una oportunidad de cambio.

Semana 8. Expresando deseos y planificando el entrenamiento en habilidades sexuales en pareja.

Sesión en pareja (1 hora).

Descripción de tarea 1:

Se creará un espacio para expresar aquello que valoran del sexo y los deseos que les gustaría llevar a cabo con el otro. La terapeuta les guiará en el proceso. Se recomienda que la paciente se apoye en el documento entregado en la sesión anterior.

Descripción de tarea 2:

La terapeuta comunicará a la pareja la participación gradual del marido en los ejercicios de Focalización sensorial. En esta fase será importante explorar y reforzar la adherencia al tratamiento de ambos, pues se trata de un momento crítico por el esfuerzo conjunto que conllevan estos ejercicios. Sobre todo, será necesaria en él una alta motivación, pues su papel en este punto es muy relevante.

Se les explica que él debe actuar siguiendo las indicaciones que su pareja le marque, pues en todo momento el objetivo a conseguir es el placer de ella. Ella también deberá expresar sus deseos a su pareja durante su realización. Por lo tanto, la tarea para casa consistirá en que el marido practique caricias en el cuerpo de ella en zonas no sexuales, mientras que ella mantiene la tarea de abandonarse a estas sensaciones sabiendo que no habrá masturbación ni coito. Se tendrán sesiones posteriores, tanto individuales como en pareja, para supervisar este entrenamiento y se recomienda no pasar al siguiente paso hasta que la pareja domine la técnica.

Fundamentación de tarea 2:

En esta fase, esta técnica de Focalización Sensorial se aplicará en pareja, formato que ha demostrado su eficacia, concretamente en la reducción de la inhibición de las prácticas sexuales y en la ansiedad por desempeño. La gradualidad en su aplicación incrementará el repertorio conductual sexual en pareja y se fomentará el entrenamiento en habilidades de comunicación sobre sexo (Frühauf et al., 2013; Kingsberg y Woodard, 2015).

Recursos para tarea 2:

Espacio íntimo y tranquilo, vibradores, disfraces, y películas y libros eróticos.

Adaptaciones para pacientes de distintas características en tarea 2:

Puede haber pacientes que no expresen sus deseos a su pareja por una falta de habilidad y/o por emociones desagradables, como vergüenza. En estos casos, se abordará cuanto antes estas barreras para evitar provocar una situación sexual aversiva. Para ello, se pueden aplicar estrategias como *role-playing* y también el uso de reestructuración. Además, una exposición gradual a los estímulos que le producen emociones desagradables e ir incorporando autoinstrucciones y autoreestructuración puede ser eficaz.

Seguramente, haya también pacientes que tengan falta de tiempo y/o de espacio para estar en intimidad y practicar todos estos ejercicios. Tener hijos y no contar con ayuda en su cuidado es una causa importante de ello. Para superar este inconveniente, la terapeuta les ayudará en la planificación de momentos de intimidad adaptándose a la situación familiar.

Semana 9. Avanzando en el entrenamiento de habilidades sexuales en pareja.

Sesión en pareja (1 hora).

Descripción de tarea:

Cuando la pareja esté preparada, se les explicará que el marido ahora deberá acariciar zonas sexuales y no sexuales en el cuerpo de ella, permitiéndose ya el orgasmo a través de la masturbación de la paciente, pero no coito. Al igual que, con los pasos anteriores, se hará una adecuada supervisión de este entrenamiento en sesiones posteriores, y hasta que la pareja no domine este paso, no se pasará al siguiente.

Este consistirá en integrar todos los ejercicios anteriores, y se cuenta con el permiso de la realización del coito no exigente. Para ello, la paciente deberá seguir centrada en sus sensaciones, atenta a no dejarse llevar por expectativas y seguir expresando sus deseos. Mientras, el marido seguirá realizando caricias en zonas sexuales y no sexuales, masturbación a su pareja y, cuando ella se sienta suficientemente excitada, podrá darse permiso a sí misma y a su pareja para la realización del coito.

En este punto, serán necesarias sesiones individuales con ella, para evaluar cómo está viviendo el incremento de su excitación, y con la pareja en conjunto. Además, seguir abordando las creencias disfuncionales respecto al sexo será algo fundamental. La pareja deberá seguir practicando estos ejercicios y la paciente también seguirá con sus ejercicios individuales.

En este momento del proceso, la terapeuta acordará con la paciente en qué momentos sería conveniente que ella tomara la iniciativa para comenzar un encuentro sexual. Para ello, la terapeuta le dará recursos, como expresar a su pareja verbalmente que quiere mantener relaciones sexuales, que comience acariciando y besando a su pareja en un momento cómodo, etc. Para fomentar este ejercicio, se recomienda que ambos expresen conjuntamente en sesión cómo les gustaría que su pareja iniciase un encuentro sexual. La terapeuta puede dar ideas para obtener varias

alternativas, como por ejemplo, recrear situaciones vistas en películas y/o leídas en libros, uso de disfraces, etc.

Semana 10. Reestructurando creencias del amor romántico.

Sesión individual con la paciente (1 hora).

Descripción de tarea:

Se abordará su rigidez cognitiva, mantenida por la presencia de creencias disfuncionales acerca del amor romántico. Para ello, primero se realizará psicoeducación acerca del amor en sesión, y se le dará un documento donde aparezca el contenido más relevante, con el objetivo de reforzar la información recibida. En el anexo 3 se puede ver un ejemplo basado en García (2011). Además, durante y después de la realización de la psicoeducación, se aplicará reestructuración de sus creencias más dañinas.

Semana 11. Entrenando en habilidades de comunicación.

Sesión en pareja (1 hora).

Descripción de tarea:

La falta de comunicación sobre lo que sienten en distintos ámbitos de su vida, está siendo, junto con la distorsión de adivinación del pensamiento comentada anteriormente, uno de los elementos más importantes que mantienen su problema. Por ello, ahora se iniciará el Entrenamiento en Asertividad para mejorar sus habilidades y fomentar la comunicación sin el uso de tono amenazante. La terapeuta funcionará como modelo, tomando como ejemplos aquellas situaciones que invitan a la pareja a discutir. Luego, la pareja comenzará a hablar de los temas que les preocupan aplicando las pautas propuestas por la terapeuta.

Para reducir la escalada en las discusiones, esto es, que se vayan diciendo cada vez con más intensidad y de peor forma las cosas ante la respuesta del otro, la terapeuta

propondrá hacer control de estímulos como tarea para casa. Para ello, cuando haya una situación que dispara el malestar de alguno/a, este/a deberá irse de la situación hasta que su emoción desagradable se haya reducido. La reducción emocional será el indicador para permitirse hablar de esta situación un poco más adelante.

Fundamentación de tarea:

Uno de los problemas de pareja más frecuentes que influyen en el bajo deseo sexual es la falta de comunicación entre la pareja. Esta carencia puede darse en el plano sexual y /o en cualquier otro ámbito (De Dios et al., 2016; Herms, 2013).

Semana 12. Prevención de recaídas.

Sesión individual con la paciente (1 hora).

Descripción de tarea:

Una vez alcanzados los objetivos terapéuticos se hará una lista de todo lo conseguido y se fomentará el autorrefuerzo. Después, se identificarán situaciones que puedan resultar complicadas de gestionar a medio y largo plazo, se aportarán diversas estrategias de afrontamiento para cada situación de riesgo, se planeará cómo podrían ponerse en práctica estas y se ensayará cada alternativa de afrontamiento. Toda la información se organizará en una tabla para que se la lleven por escrito. En el anexo 6 se presenta un ejemplo de esquema para su organización.

Fundamentación de tarea:

Ningún tratamiento ha logrado mantener los resultados durante más de seis meses, por lo que la prevención de recaídas se convierte en algo fundamental. Es necesario que las pacientes cuenten con todos los recursos de afrontamiento necesarios y que sean conscientes de que los tienen, antes de ser dadas de alta (Carey, 1997; Labrador y Crespo, 2001).

Adaptaciones para pacientes de distintas características:

Existen pacientes que tienen dificultades para tomar conciencia de los recursos de afrontamiento que han adquirido. En estos casos se planificarán pruebas de realidad. Por ejemplo, esta paciente podría hacer el registro, durante un mes, de las veces que siente deseo sexual, las veces que ha iniciado encuentros sexuales con ella misma y con su pareja, las veces que ha llevado a cabo estrategias asertivas con su pareja, etc. Luego, en consulta, se atenderá a todos estos registros y se irá comentando uno a uno, mientras se sigue fomentando el autorrefuerzo.

Sesión en pareja (1 hora).

Descripción de tarea:

El procedimiento será el mismo que el descrito en la sesión individual con la paciente en esta semana. La única diferencia es, en este caso, la realización en pareja.

Últimas semanas. Seguimiento.

Sesiones individuales con la paciente (1 hora cada sesión).

Descripción de tarea:

Cada 15 días, la paciente acudirá a consulta para evaluar si los resultados se mantienen. Consistirá en una entrevista abierta y en la aplicación de algún cuestionario comentado anteriormente si se ve conveniente medir alguna/a variable/s. Además, se hará prevención de recaídas de la misma forma que se indica en el apartado anterior.

Si los resultados se mantienen, se pueden espaciar estas sesiones, pero se recomienda mantenerlas, al menos, durante un año.

Fundamentación de tarea:

Debido al no mantenimiento en el tiempo de los resultados terapéuticos se propone realizar un seguimiento (Labrador y Crespo, 2001).

Adaptaciones para pacientes de distintas características:

Durante el seguimiento pueden aparecer otras dificultades no relacionadas con el trastorno tratado. En estos casos, la terapeuta valorará la necesidad de trabajar estas nuevas cuestiones durante el seguimiento o comenzar un nuevo proceso terapéutico. Si se elige la segunda opción, se recomienda seguir haciendo el seguimiento de los resultados obtenidos del tratamiento anterior.

Sesiones en pareja (1 hora cada sesión).

Descripción de tarea:

El procedimiento será el mismo que el descrito anteriormente en este apartado durante las sesiones individuales con la paciente. La única diferencia es que, en este caso, el seguimiento se realizará cada mes y en pareja. Si los resultados se mantienen, la terapeuta también podrá espaciar estas sesiones, manteniéndolas, al menos, durante un año.

5.6. Cronograma de aplicación.

A continuación, en la tabla 2, se propone un cronograma orientativo, en el que se indica el tipo de sesión para cada semana de tratamiento.

Tabla 2.

Tipo de Sesiones para cada Semana de Tratamiento

		Semanas												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Formato de la sesión	Individual paciente													
	Individual marido													
	En pareja													
	Grupal													

5.7. Evaluación de la propuesta

Para considerar que la terapia ha sido eficaz será necesario cumplir con todos los criterios de evaluación post-tratamiento que se indican a continuación:

1. El nivel de ansiedad sexual se ha reducido considerablemente durante la aplicación del tratamiento. Para su medición, la paciente registrará su nivel de ansiedad sexual diaria usando valores entre 0 y 10. Luego, la terapeuta calculará el nivel medio de ansiedad semanal y construirá una gráfica en la que se visualizará si el tratamiento ha alcanzado dicho criterio. En el anexo 7 se muestra un ejemplo de registro gráfico. Se habrá alcanzado si en la gráfica aparece un decremento de la ansiedad y el registro de un valor no mayor de 3 durante al menos las últimas tres semanas de tratamiento.
2. Ausencia del trastorno en la paciente según los criterios del DSM-5 tras la finalización del tratamiento. Este criterio se evaluará de forma cualitativa a través de una entrevista abierta, tanto en pareja como de forma individual. Las preguntas irán en la dirección de discriminar la ausencia o presencia de sintomatología basándose en las respuestas que ambos dieron en las entrevistas de evaluación pre-tratamiento.

3. Los resultados obtenidos en los distintos cuestionarios, tras la finalización del tratamiento, indican cuantitativamente ausencia de sintomatología del trastorno. Para hacer comparación pre y post-tratamiento, se aplicarán los mismos cuestionarios. Uno de los cuestionarios más relevantes en la evaluación post-tratamiento es el Female Sexual Distress Scale de Derogatis et al. (2002), pues sentirse o no preocupada por la propia calidad de vida, en este caso en el ámbito sexual, puede ser determinante para concluir la presencia o ausencia de trastornos psicológicos.

4. El seguimiento realizado durante al menos un año indica que se mantienen los resultados en el tiempo.

6. Conclusiones

Este trabajo pretende seleccionar las aportaciones más relevantes y actuales que hay en la literatura científica respecto a este trastorno, con el fin de construir una propuesta de intervención lo más eficaz posible. Este objetivo se ha conseguido gracias a la amplia revisión bibliográfica que se ha realizado. Sin embargo, esta no está libre de limitaciones, pues se ha observado que los descubrimientos de Masters y Johnson (1966) fueron un hito en el estudio de la sexualidad humana, no habiéndose producido otro igual. Por lo tanto, esta propuesta, se apoya en aportaciones algo anticuadas para la sociedad actual. Prueba de ello es que, no hay literatura que aborde la posible presencia de dificultades sexuales en distintos marcos relacionales (relaciones abiertas, poliamorosas y anárquicas relacionales), cada vez más visibles y habituales en la sociedad, pues los estudios se centran en las relaciones monógamas preferentemente. Esto puede deberse al peso del juicio social aún existente en cuanto a estas cuestiones (Ojuel et al., 2019).

Este programa cuenta con alta probabilidad de ser eficaz porque, en su elaboración, se han combinado, de forma flexible, aquellas estrategias que han mostrado su validez

en el tratamiento de este trastorno. Ejemplo de ello es usar un determinado formato de sesión según la técnica a aplicar en función del objetivo que se quiere conseguir, una aplicación gradual en el tratamiento y la inclusión de variables apenas tenidas en cuenta en los tratamientos actuales (i.e., problemas de pareja, conceptualización de la ansiedad en el área sexual; Herms, 2013; Labrador y Crespo, 2001), lo que puede estar provocando el no mantenimiento de los resultados. .

Sin embargo, hay que tener cuidado con la inclusión de estas. Se sabe que la terapia de pareja de enfoque cognitivo-conductual y la proveniente de la Tercera Generación cuentan con evidencia empírica cuando el objetivo es mejorar la sintomatología relacionada con los problemas de pareja, sin embargo, no hay estudios suficientes que comprueben la eficacia de este tipo de terapia cuando el problema principal es el bajo deseo sexual (Chambless et al., 1998; Jacobson et al., 2000). Lo más eficaz al respecto es una combinación de terapia sexual y de pareja bastante antigua (Zimmer, 1987), que no llega a ser considerada tratamiento eficaz. En cuanto a la conceptualización de la ansiedad, hay que tener en cuenta que se propone, desde este trabajo, intervenir en ella sin conocer cómo influye en el trastorno, debido a la falta de estudios acerca de esta hipótesis (Labrador y Crespo, 2001).

Como conclusión, es explícita la necesidad de investigar en el contexto de las disfunciones sexuales en las mujeres, poniendo el foco en su sufrimiento, para que este sea el punto de partida y la guía en la investigación. Cada vez se acumula más evidencia de que el reduccionismo en la sexualidad, los problemas de pareja y la ansiedad sexual son variables relevantes y no lo suficientemente abordadas, por lo que se espera, desde la comunidad científica, que se dejen de lado los prejuicios relacionados con la sexualidad para basarse en datos validados o en proceso de validación, con el objetivo final de conseguir mejorar la calidad de vida de las mujeres.

7. Referencias

- Ajila-Serrano, A. S., Cojitambo-Caiminagua, S. M., Vera-Quiñonez, S. E., y Romero-Encalada, I. D. (2020). Enigma de las Disfunciones Sexuales. *Polo del Conocimiento*, 5(8), 673-688. <https://doi.org/10.23857/pc.v5i8.1617>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (5ª ed.)*. Editorial Médica Panamericana. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Atlantis, E., y Sullivan, T. (2012). Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(6), 1497-1507. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02709.x>
- Avasthi, A., Grover, S., y Sathyanarayana Rao, T. S. (2017). Clinical practice guidelines for management of sexual dysfunction. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(1), 91-115.
- Barraca, J. (2009). Habilidades clínicas en la terapia conductual tercera generación. *Clínica y Salud*, 20(2), 109-117.
- Barriga, S. (2013). La sexualidad como producto cultural. Perspectiva histórica y psicosocial. *Anduli. Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, 12, 91-111.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(1), 51-65. <https://doi.org/10.1080/009262300278641>
- Basson R., y Gilks T. (2018). Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Women's Health*, 14, 1-16. <https://doi.org/10.1177/1745506518762664>
- Binik, I. M., y Meana, M. (2009). The future of sex therapy: specialization or marginalization? *Archives of Sexual Behavior*, 38(6), 1016-1027. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9475-9479>
- Burgos, G. (2009). *Mente y deseo en la mujer: Guía práctica para la felicidad sexual de las mujeres*. Biblioteca nueva.

- Buster, J. E. (2013). Managing female sexual dysfunction. *Fertility and Sterility*, 100(4), 905-915. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.08.026>
- Carey, M. P. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de las disfunciones sexuales. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (1nd., pp. 267-298). Siglo XXI de España Editores.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A., y Woody, S. R. (1998). Update on Empirically Validated Therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-15.
- Chivers, M. L., Seto, M. C., Lalumière, M. L., Laan, L., y Grimbos, T. (2010). Acuerdo de las medidas autoinformadas y genitales de la excitación sexual en hombres y mujeres: un metaanálisis. *Archives of Sexual Behavior*, 39(1), 5-56. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9556-9>
- Clayton, A. H., Goldfischer, E., Goldstein, I., DeRogatis, L., Nappi, R., Lewis-D'Agostino, D. J., Kimura, T., Hebert, A., y Pike, R. (2013). Validity of the evaluator of decreased sexual desire to diagnose hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 39(2), 132-143. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.606496>
- Clayton, A. H., Goldstein, I., Kim, N. N., Althof, S. E., Faubion, S. S., Faight, B. M., Parish, S. J., Simon, J. A., Vignozzi, L., Christiansen, K., Davis, S. R., Freedman M. A., Kingsberg, S. A., Kirana, P. S., Larkin, L., McCabe, M., y Sadovsky, R. (2018). The International Society for the study of women's sexual health process of care for management of hypoactive sexual desire disorder in women. *Mayo Clinic Proceedings*, 93(4), 467-487. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.11.002>

- De Dios, E., Duany, A., y Rojas, L. (2016). Trastorno de deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. *Revista Sexología y Sociedad*, 22(2), 166-187.
- Derogatis, L. R., Rosen, R., Leiblum, S., Burnett, A., y Heiman, J. (2002). The Female Sexual Distress Scale (FSDS): initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28(4), 317-330. <https://doi.org/10.1080/00926230290001448>
- Díez, S., y Lejárraga, J. (2014). La terapia sexual de Masters y Johnson en el siglo XXI. Invitación para una sexología clínica más sexológica. En O. M. Rodrigues (Ed.), *Psicoterapia y sexología clínica* (pp. 25-52). Lp-Books.
- Frühauf, S., Gerger, H., Schmidt H. M., Munder, T., y Barth, J. (2013). Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 42(6), 915-933. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0062-0>
- García, M. (2011). Programa de educación sexual con familias desde atención primaria. *Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias*.
- Graham, C. A. (2010). Los criterios diagnósticos del DSM para el trastorno de la excitación sexual femenina. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 240-255. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9535-1>
- Granero, M. (2014). Sexología basada en la evidencia: historia y actualización. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 179-197.
- Hermes, E. (2013). La relación de pareja como factor etiológico del deseo sexual hipoactivo. Comunicación presentada en V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., y Eldridge, K. (2000). Terapia de pareja integrativa conductual: un nuevo tratamiento prometedor basado en la aceptación para la discordia de pareja. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 68(2), 351–355. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.2.351>
- Jofré, R., Sáez, K., y Cid, M. (2017). Caracterización del deseo sexual en mujeres climatéricas de un centro de salud rural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(5), 515-525.
- Kingsberg, S. A., y Woodard, T. (2015). Disfunción sexual femenina con enfoque en la disminución del deseo. *Obstetrics & Gynecology*, 125(2), 477-486. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000620>
- Kockott, G. (2007). Psychotherapie sexueller Funktions-und Erlebensstörungen. [Psicoterapia de la disfunción sexual y la experiencia]. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50, 11-18. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0112-2>
- Labrador, F. J., y Crespo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*, 13(3), 428-441.
- Latif, E. Z. y Diamond, M. P. (2013). Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertility and Sterility*, 100(4), 898-904.
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., y Michaels, S. (1992). *Encuesta Nacional de Salud y Vida Social (Estados Unidos)*. Consorcio Interuniversitario de Investigaciones Políticas y Sociales (ICPSR).
- Mark, K., Herbenick, D., Fortenberry, D., Sanders, S., y Reece, M. (2014). The object of sexual desire: Examining the «what» in «what do you desire»? *The Journal of Sexual Medicine*, 11(11), 2709-2719. <https://doi.org/10.1111/jsm.12683>
- Masters, W. H., y Johnson V. E. (1966). *Human sexual response*. Little, Brown and Company.

- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Laumann, E., Lee, S. W., y Segraves, R. T. (2016). Risk factors for sexual dysfunction among women and men: a consensus statement of the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The journal of sexual medicine*, 9(12), 3108-3125. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02965.x>
- Meston C. M., y Stanton, A. M. (2019). Understanding sexual arousal and subjective-genital arousal desynchrony in women. *Nature Reviews Urology*, 16(2), 107-120. <https://doi.org/10.1038/s41585-018-0142-6>
- Morton H., y Gorzalka, B. B. (2015). Role of Partner Novelty in Sexual Functioning: A Review. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 41(6), 593-609. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.958788>
- Mosher, D. L. (2011). Multiple indicators of subjective sexual arousal. En T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber, y S. L. David (Eds.). *Handbook of Sexuality-Related Measures* (pp. 59-61). Routledge.
- Moyano, N., y Sierra, J. C. (2015). Descifrando las disfunciones sexuales femeninas en el DSM-5. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(3), 277-286.
- Moyano, N., Vallejo-Medina, P., y Sierra, J. C. (2017). Sexual Desire Inventory: Two or three dimensions? *The Journal of Sex Research*, 54(1), 105-116. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1109581>
- Nappi, R. E., Dean, J., Hebert, A., y Pyke, R. (2009). Decreased Sexual Desire Screener (DSDS) for diagnosis of Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) in European women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(2), 46.
- Ojuel, J., Gael, A., y Reviriego, J. (2019). Diversidad en género y sexualidad. *Actualización en Medicina de Familia*, 15(1), 15-21.
- Parish, S. J., y Hahn, S. R. (2016). Hypoactive sexual desire disorder: a review of epidemiology, biopsychology, diagnosis, and treatment. *Sexual Medicine Reviews*, 4(2), 103-120. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.11.009>

- Portillo, S., Pérez, T., y Royuela, A. (2017). Disfunción sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 60(4), 320-327.
- Puentes, Y., y De Dios, E. (2016). Diagnóstico y tratamiento de la eyaculación precoz. *Revista Sexología y Sociedad*, 22(2), 149-165.
- Sánchez, C., Carreño, J., Espíndola, J. G., y Anzures, A. (2007). Las disfunciones sexuales femeninas y la relación con ansiedad rasgo-estado. *Psicología Iberoamericana*, 15(1), 52-59.
- Sánchez, F., Pérez, M., Borrás, J. J., Gómez, O., Aznar, J., y Caballero, A. (2004). Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Atención primaria*, 34(6), 286-294.
- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., y Johannes, C. B. (2008) Sexual problems and distress in United States women. Prevalence and correlates. *Obstetrics & Gynecology*, 112(5), 970-978.
- Sierra, J. C., Arcos-Romero, A. I., Granados, M. R., Sánchez-Fuentes, M. M., Calvillo, C., y Moyano, N. (2017). Escalas de Valoración de Excitación Sexual y Valoración de Sensaciones Genitales: Propiedades psicométricas en muestras españolas. *Revista Internacional de Andrología*, 15(3), 99-107.
<https://doi.org/10.1016/j.androl.2016.10.008>
- Sierra, J. C., Díaz, G., Álvarez-Muelas, A., Calvillo, C., Granados, R., y Arcos-Romero, A. I. (2019). Relación del deseo sexual con la excitación sexual objetiva y subjetiva. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 173-180.
- Sierra, J. C., Moyano, N., Vallejo-Medina, P., y Gómez-Berrocal, C. (2018). An abridged Spanish version of Sexual Double Standard Scale: Factorial structure, reliability and validity evidence. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 69-80. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.05.003>

- Spector, I. P., Carey, M. P., y Steinberg, L. (1996). The Sexual Desire Inventory: Development, factor structure, and evidence of reliability. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 22(3), 175-190. <https://doi.org/10.1080/00926239608414655>
- Suschinsky, K. D., y Lalumière, M. L. (2012) Is sexual concordance related to awareness of physiological states? *Archives of Sexual Behavior*, 41(1), 199-208. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9931-9>
- Velten, J., Scholten, S., Graham, C., Adolph, D., y Margraf, J. (2016). Investigating female sexual concordance: Do sexual excitation and sexual inhibition moderate the agreement of genital and subjective sexual arousal in women. *Archives of Sexual Behavior*, 45(8), 1957-1971. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0774-7>
- Weinberger, J. M., Houman, J., Caron, A.T., y Anger, J. (2019). Female Sexual Dysfunction: A Systematic Review of Outcomes Across Various Treatment Modalities. *Sexual Medicine Reviews*, 7(2), 223-250. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.12.004>
- Zimmer, D. (1987). Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 13(3), 193-209. <https://doi.org/10.1080/00926238708403892>

8. Anexos

Anexo 1. Encuesta Detector de Disminución del Deseo Sexual (DSDS) de Nappi et al. (2009)

Actualización sobre el trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino

293

Tabla 2 Prueba del deseo sexual inhibido (PDSI): método abreviado de diagnóstico del deseo sexual hipoactivo adquirido

Pregunta	Respuesta
1. ¿Considera que en el pasado su nivel de deseo o interés sexual era bueno y satisfactorio?	Sí / No
2. ¿Ha disminuido su deseo o interés sexual?	Sí / No
3. ¿Le molesta que su deseo o interés sexual haya disminuido?	Sí / No
4. ¿Le gustaría que aumentase su deseo o interés sexual?	Sí / No
5. Marque todos los factores que crea que pueden estar contribuyendo al actual descenso de su deseo o interés sexual:	Sí / No
A: Una operación, depresión, lesiones o cualquier otra afección	
B: Medicación, drogas o alcohol que usted está tomando actualmente	
C: Embarazo, parto reciente, síntomas de menopausia	
D: Otros problemas sexuales que pueda sufrir en la actualidad (dolor, disminución de la excitación o del orgasmo)	
E: Los problemas sexuales de su pareja	
F: Insatisfacción con su relación o pareja	
G: Estrés o fatiga	

Una vez finalizado, entregue este cuestionario a su médico.

Médico:

Repase con la paciente cada una de las respuestas proporcionadas.

El Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, 4.^a Edición, Texto Refundido, describe el Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo (DSH) como una deficiencia o ausencia de fantasías sexuales y de deseo de la actividad sexual que causa malestar acusado o dificultades interpersonales, y que no puede explicarse mejor por otra afección psiquiátrica, enfermedad, sustancia u otra afección sexual. El DSH puede ser generalizado (no limitado a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas) o transitorio; y puede ser adquirido (desarrollado tras un periodo de funcionamiento habitual) o de por vida.

Si la paciente responde "NO" a cualquiera de las 4 primeras preguntas, entonces no cumple los criterios para ser diagnosticada del DSH adquirido.

Si la paciente responde "SÍ" a todas las 4 primeras preguntas y su revisión confirma la respuesta "NO" en todos los apartados de la pregunta 5, entonces debería ser diagnosticada del DSH adquirido.

Si la paciente responde "SÍ" a todas las primeras 4 preguntas y "SÍ" en cualquiera de los apartados de la quinta pregunta, entonces usted deberá decidir si las respuestas de la quinta pregunta indican un diagnóstico primario diferente al de DSH adquirido. Las enfermedades concurrentes asociadas a la excitación o el orgasmo no deberían excluir la realización de un diagnóstico simultáneo de DSH.

A partir de lo anterior, ¿sufre la paciente el trastorno del deseo sexual hipoactivo adquirido?

—SÍ —NO

Anexo 2. Ejemplo de Autorregistro de Tres Días de la Ansiedad Sexual.

¿CUÁNDO? (Fecha y hora)	¿QUÉ ESTABA HACIENDO?	¿QUÉ PIENSO Y SIENTO?	INTENSIDAD DEL MALESTAR (0-10)	¿QUÉ HAGO?
03/03/21 - 13:45	Mi pareja me dio un beso muy cariñoso cuando llegó a casa	Quiere que nos acostemos y yo no soy capaz, no quiero hacerlo, le voy a perder si no lo hago... Me siento tensa, me late fuerte el corazón, tengo presión en el pecho...	7	Me retiro rápidamente y le pregunto qué tal le ha ido la mañana
04/03/2021 - 21:30	Mi pareja se empezó a desvestirse y me pidió que yo hiciera lo mismo y que nos metiéramos en la cama	No tengo ganas, me voy a tener que obligar, no me voy a excitar y lo voy a pasar mal... Siento miedo, tensión, nervios en la tripa, me sudan las manos, siento latidos en mi cabeza...	9	Le digo que ahora no puedo, que tengo que hacer cosas
05/03/21 - 16:30	Estaba manteniendo relaciones sexuales con mi pareja	Quiero que esto acabe ya, no estoy excitada, no tengo ganas, esto siempre va a seguir así, no hay solución a mi problema, me va a pedir que haga cosas que no quiero hacer, me va a hacer daño, lo estoy haciendo mal, debería sentir más placer... Siento muchos nervios, el corazón me va a estallar, muy tensa, siento ganas de escapar...	9	Hago lo que me dice que le apetece lo más rápido posible para que la situación termine lo antes posible

**Anexo 3. Ejemplo de Diapositiva para la Presentación del Contenido de las
Fantasías Sexuales durante la Psicoeducación Sexual basado en Burgos (2009).**

BENEFICIOS DE LAS FANTASÍAS SEXUALES

- Favorecen sentir más placer → cuanto más entrenamiento, más facilidad para su invocación
- Solo ocurren en mi cabeza → sensación de libertad / pasan las cosas cómo yo quiero
- Son el enemigo de la rutina
- Me ayudan a vivir aquello que puede que nunca realice en la realidad, porque no quiero y/o porque no puedo.
- Puedo explorar cosas desconocidas sintiéndome seguro/a



**Anexo 4. Ejemplo de Documento para Entregar a la Paciente para Psicoeducar
en el Amor basado en García (2011).**

RECUERDE: EL AMOR NO ES COMO LO PINTAN

“La idea del amor” está constituida por falsas creencias que nos llevan a tener expectativas muy complicadas de satisfacer por su poca base realista. Pensar de esta forma nos puede limitar en nuestras relaciones y generarnos emociones desagradables con nosotros mismos y con los demás. Por ello, se recomienda **mantener una actitud crítica con las creencias y expectativas falsas** que se presentan a continuación (añada a la lista aquellas que identifique en usted y no aparezcan en este documento). **Por favor, mantenga este documento accesible y haga uso de él tantas veces como sea necesario.**

- *El nivel de sexo, cariño y compromiso no se reducirá nunca.*
- *Independientemente de mis conductas, mi compañero/a me comprenderá, aceptará y respetará porque me quiere.*
- *Los valores, las metas, los intereses y los deseos de la pareja son y serán siempre comunes y no varían nunca.*
- *Si amo a mi pareja significa que quiero estar siempre junto a él/ella.*
- *Mi pareja debe saber anticipar mis necesidades, mis deseos, mis emociones y pensamientos.*
- *Si hay amor no puede haber conflicto.*
- *El paso del tiempo mejora el amor y las relaciones sexuales.*
- *El amor será para siempre*
- *El amor siempre proporciona seguridad, felicidad y comodidad*

Anexo 5. Claves para Expresar Deseos Sexuales a su Pareja.

Claves para expresar deseos sexuales a su pareja

- Una vez identificados los deseos sexuales que quiere compartir con su pareja, busque un momento y espacio tranquilo adecuado para ello, y dígame que quiere compartir con él/ella algo importante para usted.

- Si se siente nervioso/a, exprese a su pareja que necesita un momento para tranquilizarse. Respire despacio y profundamente por la nariz y expulse el aire por la boca. Repita varias veces hasta que sienta que la activación ha disminuido.

- Comience diciendo que el motivo de su iniciativa es que le gustaría mejorar su propia satisfacción sexual. Puede matizar que si usted logra sentirse más satisfecho/a, probablemente, las relaciones sexuales entre ustedes mejoren también.

- Exprese sus deseos de la forma más favorable para usted. No lo haga exigiendo ni reprochando, recuerde que el objetivo principal es dar a conocer sus deseos a su pareja, no buscar su aprobación. Puede tenerlos escritos en una hoja para apoyarse en ella si siente que se bloquea. En el caso de sentir emociones desagradables, como por ejemplo, vergüenza, recuerde que puede expresarse aún sintiendo esta emoción. Recuerde que las emociones no nos paran en nuestro objetivo, además, lo más probable, es que a medida que vaya realizando este ejercicio vayan reduciéndose.

- Cuando finalice, deje un espacio para que su pareja pueda expresar sus impresiones, sus inquietudes y posibles dudas. Responda a cada cuestión que le

plantea si quiere hacerlo, y si no quiere, dígaselo también. Es normal necesitar un espacio tras este ejercicio, y es bueno comunicárselo a su pareja, si es el caso.

- Si la situación es adecuada, puede acordar con su pareja qué deseos poner en práctica y cómo hacerlo. Intenten buscar formas que a los/as dos les satisfagan, pero recuerden que no existe una única manera “perfecta”.

-Por último, y no menos importante, si ha logrado realizar alguno de estos pasos aquí propuestos, aunque no hayan sido todos, **recuerde AUTORREFORZARSE** por sus logros, no es fácil llegar a dónde usted ha llegado. Siga repitiendo este proceso hasta que consiga su objetivo.

**Anexo 6. Ejemplo de Esquema para Organizar la Información en las Sesiones de
Prevención de Recaídas.**

SITUACIONES CRÍTICAS EN EL FUTURO	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (todas las que se le ocurran)	¿CÓMO PODRÍA PONER EN PRÁCTICA CADA ESTRATEGIA EN ESA SITUACIÓN?
LOGROS		

Anexo 7. Ejemplo de Registro Gráfico de la Variable de Ansiedad en el Área Sexual durante el Tratamiento del Trastorno del Interés/Excitación Sexual

