

Desensibilización sistemática aplicada a disfunciones sexuales

La Desensibilización Sistemática (D.S.) es la técnica de corte conductual posiblemente más utilizada en las últimas décadas por los terapeutas cognitivo conductuales para el tratamiento de algunas fobias y otros problemas de ansiedad. Diseñada por Joseph Wolpe en la década del cincuenta, ha mostrado su utilidad, perfeccionándose y ampliando su aplicación a diferentes tipos de patologías.

Tanto en su modalidad “en vivo” como “imaginaria”, la D.S. se utiliza sobre todo en aquellos trastornos donde la ansiedad actúe como uno de los principales factores intervinientes. De este modo, lo que se intenta con esta técnica es romper la asociación entre alguna situación específica y la respuesta de ansiedad, de modo tal que el paciente reaprenda una nueva asociación entre la misma situación y una respuesta antagónica a la ansiedad; generalmente esa respuesta es la relajación. Cuando el paciente logra desensibilizarse, ante situaciones de su vida que le elicitan ansiedad, reaccionará ahora con tranquilidad. De esta manera remitirían los síntomas de ansiedad y sencillamente el trastorno “se cura”.

A pesar de que el uso de la D.S. se encuentra muy asociado al diagnóstico de fobias simples o monosintomáticas, la técnica ha ido perfeccionándose y hoy se la utiliza en muchos otros trastornos, conservando de su forma original al menos dos características: primero, el entrenamiento al paciente en una respuesta incompatible con la ansiedad y segundo, la aplicación de los ítems en forma gradual. A continuación, desarrollaremos la aplicabilidad de la D.S. a algunos desórdenes sexuales. Tal vez, no sobre aclarar que ella suele utilizarse en programas terapéuticos combinada con otras técnicas.

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

Trastorno por aversión al sexo

Se caracteriza por que la persona, tanto hombre como mujer, evitan el contacto sexual

Generalmente la ansiedad vivida ante los estímulos sexuales es uno de los elementos más aversivos que los pacientes tratan de controlar evitando las relaciones sexuales.

El uso de la D.S. es ideal para este trastorno. Se la utiliza en un comienzo en su forma “imaginaria”, diseñando una jerarquía, es decir, una lista de situaciones temáticamente relacionadas, ordenadas de acuerdo con su capacidad de provocar ansiedad.

En estado de relajación, el paciente imagina cada uno de los ítems para crear una nueva asociación entre esas situaciones y la respuesta de relajación. Cuando el paciente tenga menos ansiedad, en una fase posterior, se podrá utilizar la modalidad de D.S. “en vivo”, esto es, en forma de ejercicios graduales para realizar con la pareja. La disminución de la ansiedad conduce a un aumento de la frecuencia y disfrute de las relaciones sexuales.

Trastorno orgásmico femenino

Se caracteriza por la ausencia de orgasmo en la mujer, luego de una situación de excitación

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

En este trastorno, la ansiedad también juega un rol fundamental resultado de la alta expectativa de tener un orgasmo en cada relación sexual. Esa misma ansiedad justamente inhibe la posibilidad de alcanzarlo.

En estos casos, se le enseña a la paciente a erotizarse con imaginación en estado de relajación a fin de romper el vínculo entre imágenes sexuales y ansiedad. Una vez logrado este objetivo, se indican ejercicios graduales para practicar en su casa. Un ejemplo consiste en que estando relajada, la paciente pueda masturbarse y registrar el tiempo que tarda en llegar al orgasmo. A medida que ella controla su ansiedad y se da la libertad de gozar plenamente de la situación sexual, el orgasmo resulta altamente probable.

Eyacuación precoz en el varón

Consiste en la eyacuación ante una estimulación mínima

Desde un punto de vista funcional, podría afirmar que el paciente experimenta una alta ansiedad que lo sensibiliza a los estímulos sexuales, generando falta de control y aceleración de la función eyaculatoria.

La D.S. imaginaria apuntará a vincular imágenes sexuales de alto contenido excitatorio con la relajación. Por otra parte, la D.S. “en vivo” se orienta a mejorar el autocontrol eyaculatorio mediante ejercicios de aproximaciones graduales. El varón aprende a identificar y detener la excitación sexual. Por supuesto, el trabajo en pareja aumenta mucho las posibilidades de la técnica.

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

Dispareunia

Se la define como presencia de dolor genital en la relación sexual en mujeres y hombres

Se trata de un trastorno íntimamente relacionado con la tensión de los músculos pélvicos resultado de ansiedad elevada durante las relaciones sexuales.

Nuevamente, la D.S. estará destinada al aprendizaje de una respuesta antagónica a la ansiedad que se presentará junto con las situaciones que generan dolor.

En forma imaginaria, se diseña una jerarquía con los pasos para llegar a la penetración que se irán aplicando mientras el paciente esta relajado. En vivo, se intentará que frente a las escenas anteriores, el paciente realice ejercicios de relajación localizada en la zona pelviana con el objetivo de evitar contracciones musculares durante el coito. De esta manera, tanto hombres como mujeres logran relaciones sexuales sin dolor y con mejores respuestas de placer.

D.S: ¿Por qué es efectiva?

Como vemos, la D.S. constituye una estrategia de intervención terapéutica que en sus dos modalidades se ha mostrado muy efectiva para los trastornos sexuales.

Ahora bien, podemos preguntarnos: ¿por qué?

Aún hoy son temas de discusión e investigación los mecanismos y principios teóricos por la cuales la D. S. opera su eficacia. Quizá la D.S. actúe por contracondicionamiento, es decir, la nueva asociación de respuesta de relajación y la situación ansiógena compite con la anterior asociación.

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

Una segunda hipótesis apela a la habituación, vale decir, la recurrente exposición gradual a situaciones ansiógenas provocaría que el sujeto se habitúe a ellas, disminuyendo la reacción de ansiedad.

Finalmente, las teorías cognitivas plantearían la modificación de expectativas, pensamientos y creencias generadores de ansiedad como elemento crítico en el cambio comportamental.

Por supuesto, existen otras hipótesis. También es posible que todos estos procesos psicológicos actúen en conjunto en los diferentes niveles cerebrales (límbicos y corticales) o que actúen unos en una etapa de la D.S. y otros en un momento posterior.

De todos modos, resulta imposible negar la eficacia clínica del procedimiento, aún desconociendo los mecanismos por los cuales actúa.