

DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (DSH). UN CASO CLÍNICO

Matilde Alonso Martín

PIR-1

12/12/2007



DENOMINACIONES DEL DSH

El **DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (DSH)** también recibe los nombres de **DESEO SEXUAL INHIBIDO (DSI)**, **BAJO DESEO SEXUAL**, **APATIA SEXUAL**, **FALTA DE DESEO SEXUAL** o **FALTA DE INTERÉS POR EL SEXO**.

DEFINICIÓN DEL DSH

El Deseo sexual hipoactivo (DSH) es uno de los Trastornos Sexuales más problemáticos a la hora de su definición ya que no existen datos para establecer con qué frecuencia una persona debe experimentar deseo sexual (es decir, cuál es el criterio de “normalidad”).

- **Kaplan (1977)** considera la existencia de Deseo sexual hipoactivo sólo cuando la propia persona expresa un bajo o nulo deseo sexual.
- **Davidson y Neale (1990)** señalan que en la práctica clínica las personas que acuden a consulta por Deseo sexual hipoactivo lo hacen porque otra persona (su pareja sexual) no está satisfecha con su interés por el sexo y por los problemas que ello ocasiona en la relación.
- **Fuertes (1995)** dice que el Deseo sexual hipoactivo aparece cuando la interacción entre el grado de excitabilidad neurofisiológica, la disposición cognitiva y los inductores de sentimientos y sensaciones sexuales no conduce a ningún tipo de impulso sexual, de forma que el sujeto no siente necesidad o apetencia alguna de buscar placer y estímulo sexual, antes o después de iniciarse una conducta sexual.

- **DSM-IV-TR (APA, 2000)** considera que la característica esencial del Deseo sexual hipoactivo es la ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual. La alteración provoca un malestar acusado o dificultades interpersonales, no se puede explicar mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica.
- **Basson y cols. (2003)** definen el Deseo sexual hipoactivo como la ausencia o disminución de sensaciones, interés, pensamientos o fantasías sexuales, siendo la motivación para buscar la excitación escasa o nula y teniendo presentes los cambios fisiológicos de la persona a lo largo del ciclo vital y la duración de la pareja sexual.
- **Cabello (2007)** define el Deseo sexual hipoactivo como la ausencia o disminución de pensamientos o fantasías sexuales y de interés en iniciar un encuentro sexual, en presencia de adecuados inductores externos del deseo y teniendo presente el ciclo vital de la persona.

HISTORIA DEL DSH COMO CATEGORÍA DIAGNÓSTICA

- El Deseo sexual hipoactivo (DSH) ha recibido poca atención hasta ½ de los años 70 cuando **Kaplan en 1977** añade una nueva fase que denomina FASE DE DESEO a las cuatro fases de la Respuesta Sexual Humana descritas por **Masters y Johnson en 1966**.

Según **Kaplan**: *“Para que comience la fase de excitación en una persona es necesario que haya “algo” más que una determinada estimulación: es necesario que la persona tenga cierto interés, que exista lo que se denomina deseo sexual o interés sexual”*.

FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Masters y Johnson: EXCITACIÓN, MESETA, ORGASMO Y RESOLUCIÓN.

Kaplan: DESEO, EXCITACIÓN, ORGASMO Y RESOLUCIÓN.

- El Deseo sexual hipoactivo (DSH) aparece por primera vez como categoría diagnóstica en el DSM-III-R (APA,1987) con el nombre de **Deseo sexual inhibido**. En el DSM-IV (APA, 1994) toma su nombre actual de **Deseo sexual hipoactivo**.

En ambas clasificaciones se encuentra dentro del apartado de las disfunciones sexuales, en el capítulo: Trastornos sexuales y de la identidad sexual.

- En la CIE-10 (OMS, 1992) aparece con el nombre de **Ausencia o pérdida de deseo sexual**. En esta clasificación aparece en el apartado Disfunción sexual no orgánica dentro de la categoría F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

TIPOS EN EL DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (DSH)

Como para cualquier otra Disfunción Sexual, el DSM-IV-TR (APA, 2000) incluye una serie de especificaciones en el diagnóstico del Deseo sexual hipoactivo (DSH) las cuales tienen importantes implicaciones terapéuticas. Así:

- 1. Para indicar LA NATURALEZA DEL INICIO del DSH**, puede utilizarse uno de los siguientes tipos:
 - De toda la vida:** indica que el DSH ha existido desde el inicio de la actividad sexual.
 - Adquirido:** indica que el DSH ha aparecido después de un período de actividad sexual normal.
- 2. Para indicar EL CONTEXTO EN EL QUE APARECE el DSH**, puede utilizarse uno de los siguientes tipos:
 - General:** indica que el DSH no se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o compañeros.
 - Situacional:** indica que la disfunción sexual se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o compañeros.
- 3. Para indicar LOS FACTORES ETIOLÓGICOS ASOCIADOS del DSH:**
 - DSH PRIMARIO:**
 - Debido a factores psicológicos:** para los casos en los que los factores psicológicos son de una gran importancia en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del DSH y las enfermedades médicas y las sustancias no desempeñan ningún papel en su etiología.
 - Debido a factores combinados:** para los casos en los que:
 - los factores psicológicos desempeñan un papel en el inicio, gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno y
 - la enfermedad médica o las sustancias contribuyen a la aparición del trastorno, pero no son suficientes para constituir su causa.
 - DSH SECUNDARIO:**
 - Debido exclusivamente a enfermedad médica y/o sustancias:** la enfermedad médica y/o las sustancias son suficientes para constituir su causa.

PREVALENCIA DEL DSH

- No se conoce con exactitud la prevalencia del Deseo sexual hipoactivo (DSH) en la población general y en la población clínica debido a que las cifras varían de un estudio a otro.
- Según el estudio de **Vázquez y otros (1990)** con población española, el Deseo sexual hipoactivo (DSH) es más frecuente en las mujeres que en los varones tanto en población general como clínica (NO APARECIENDO EL DSH EN LOS VARONES EN POBLACIÓN CLÍNICA). Posibles razones de esto último:
 - 1.- En los varones la falta de interés sexual supone una disminución de su capacidad de respuesta fisiológica (incapacidad de erección) siendo este problema el que les lleva a buscar ayuda.
 - 2.- El medio socio-cultural en el que son educados la mayoría de los varones españoles, les envía mensajes del tipo: “el varón SIEMPRE tiene que estar dispuesto a desarrollar conductas sexuales”. Por ello, reconocer una falta de interés sexual puede ser doloroso y humillante para un varón.

Estudio de Vázquez y otros (1990).

Tomado de Belloch, A .; Sandín, B. y Ramos, F. (1997): *Manual de Psicopatología. Vol.1. Madrid. Mc Graw-Hill. Capítulo 12: Trastornos sexuales y de la identidad sexual (págs. 599-652)*

	VARONES	MUJERES
DISFUNCIÓN SEXUAL EN POBLACIÓN GENERAL	Tno. de la erección (7-20%) Deseo sexual hipoactivo (1-15%) Eyaculación precoz (3-13%)	Disfunción orgásmica (5-40%) Deseo sexual hipoactivo (1-35%) Vaginismo/Dispareunia (4%)
DISFUNCIÓN SEXUAL EN POBLACIÓN CLÍNICA	Tno. de la erección (42%) Eyaculación precoz (31%) Eyaculación retardada (7%) Deseo sexual hipoactivo (0%) * % con respecto al total de personas que solicita ayuda por problemas sexuales	Deseo sexual hipoactivo (40%) Disfunción orgásmica (30%) Vaginismo/Dispareunia (14%) * % con respecto al total de personas que solicita ayuda por problemas sexuales

ETIOLOGÍA DEL DSH

Según Carrobles (1991), Labrador (1994) y Cabello (2007)

CAUSAS ORGÁNICAS:

- Tnos. endocrinos.
- Insuficiencia renal: El 10-20% de varones con DSH tiene tumores en la hipófisis que les hacen producir grandes secreciones de prolactina, hormona que parece inhibir la producción de testosterona, generando, además de un problema de deseo sexual, uno de erección.
- Enfermedades neurológicas (P .e. esclerosis múltiple, etc).
- Diabetes.
- Consumo de sustancias: fármacos antihistamínicos, antihipertensivos, ISRS, neurolépticos, antieméticos, antiepilépticos, litio, alcohol, opiáceos, etc.

CAUSAS PSICOLÓGICAS: Explicarían la mayoría de los casos:

- Otra disfunción sexual: P. e. Tno. de erección en el varón.
- Estados depresivos.
- Bajo nivel de autoestima.
- Bajo concepto de la autoimagen corporal.
- La ansiedad: Puede manifestarse como miedo a las relaciones sexuales (consecuencia de una moral o educación rígida en la que el sexo tiene un carácter sucio y degradante), miedo a la pérdida de intimidad, miedo al embarazo, etc.
- Dificultades en la relación de pareja.
- Situaciones precipitantes de carácter aversivo y relacionadas con el sexo (p.e. violaciones, embarazos no deseados, engaños amorosos, etc).
- La rutina en las relaciones sexuales: Esta estereotipia de los hábitos sexuales puede ser producto de una inadecuada educación sexual en la que hay mitos conductuales como “Es el varón el que debe comenzar la relación sexual”, “sólo hay una forma “normal” de llevar a cabo una relación sexual”, etc.

TRATAMIENTO DEL DSH

Dos ideas generales son:

1. El tratamiento del DSH se debe orientar de **una manera individual** hacia los factores que en cada caso pueden estar inhibiendo el deseo sexual (y con frecuencia pueden existir diversos factores).
2. El futuro del tratamiento del DSH, al igual que el de otras disfunciones sexuales, alcanzará su mayor desarrollo cuando se disponga de **principios activos (fármacos)** útiles para incrementar el deseo sexual combinados con **una terapia sexual y/o de pareja.**

El estado actual del tratamiento del DSH es:

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Hasta ahora NO EXISTE un fármaco con la indicación precisa y única de actuar sobre la falta de deseo sexual. No obstante, existen varios grupos farmacológicos que vienen siendo empleados:

1. FÁRMACOS QUE POTENCIAN LA EXCITACIÓN: Aunque la excitación es una fase de la Respuesta Sexual Humana distinta de la fase de deseo, y, la mayoría de las personas con DSH una vez que encuentran la motivación suficiente para iniciar un contacto sexual, no tienen problemas para excitarse, son muchos los autores que estudian fármacos que potencien la excitación en la creencia de que una mayor facilidad para la excitación activaría el deseo consecuentemente.

Se han empleado los inhibidores de la fosfodiesterasa, los cuales aumentan la vasocongestión genital: p. e. **la efedrina, el sildenafilo, la fentolamina, la apomorfina**, etc. Los resultados son poco consistentes.

2. COMPUESTOS HORMONALES: Actualmente es un momento cumbre en la investigación sobre el tratamiento del DSH en la mujer con **andrógenos**. Los resultados de los estudios indican que:

- La testosterona mejora el deseo en mujeres menopaúsicas con niveles bajos de testosterona libre, cuya falta de deseo sexual no va a mejorar por la administración de estrógenos.
- Antes de aconsejar andrógenos de forma generalizada para el DSH de la mujer, es necesario preguntarse si los andrógenos van a servir para cambiar las conductas de las parejas (inductores externos del deseo).

3. PSICOFÁRMACOS: NO EXISTE un psicofármaco con la indicación exclusiva de tratar el DSH.

- Actualmente se está utilizando **el bupropion** (AD inh. recapt. dopamina) de forma inespecífica, independientemente de la etiología del DSH. Los resultados NO SON espectaculares (sólo va bien en el 29% de las mujeres tratadas).
- A dosis de 150 mg/día **el bupropion** también ha resultado ser eficaz en el tratamiento del DSH causado por tratamiento con ISRS. Sin embargo, el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (IASP), con el empleo de la misma dosis de bupropion NO ENCONTRÓ DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS entre el fármaco y la terapia sexual/de pareja, disminuyendo el número de abandonos cuando se emplea un tratamiento combinado (bupropion + terapia sexual/de pareja)

TERAPIA SEXUAL/DE PAREJA:

Desde la Sexología son tres las líneas terapéuticas generales para los casos de DSH:

1. Trabajo de mejoramiento de la relación de pareja (o terapia de pareja) antes de centrarse en el incremento de la actividad sexual. Este trabajo consiste en:
 - desarrollo de destrezas de resolución de conflictos.
 - entrenamiento en comunicación para aprender a hablar a nivel de sentimientos, mostrar comprensión, aprender a expresar la ira de manera constructiva, etc.
2. Trabajo en la relación sexual (o terapia sexual), para que a través de la educación sexual y las tareas de pareja:
 - se amplíe la variedad y el tiempo dedicados a la actividad sexual.
 - se aprendan formas más óptimas de acercamiento sexual a la otra persona.
 - se aprenda a rehusar una invitación sexual de forma adecuada.
 - etc.
3. Trabajo de los problemas en la fase de excitación sexual o en cualquier otra fase de la Respuesta Sexual Humana cuando dichos problemas están disminuyendo el deseo sexual.

Algoritmo del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (IASP) para el tratamiento del DSH (2007)

D S H S E C U N D A R I O	Enfermedad médica	Medicación y otras sustancias	Insuficiencia androgénica
	<ul style="list-style-type: none"> -Alteraciones hormonales -Insuficiencia renal -Neurológicas (esclerosis múltiple, etc) -Diabetes -Ect 	<ul style="list-style-type: none"> -Antihistaminicos -Antihipertensivos -ISRS -Neurolepticos -Antiheméticos -Antiepilépticos -Litio -Alcohol -Opiáceos -Ect 	<ul style="list-style-type: none"> -Menopausia -Ooforectomía -Mujeres con fallo ovárico prematuro (FOP) -Causas yatrogénicas como la utilización de antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), quimioterapia o radioterapia -Enfermedades crónicas -Ect
	Tratamiento	Tratamiento	Tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratar enfermedad crónica ▪ Terapia sexual: -Trabajar fantasías eróticas -Autoestimulación (Programa de autoestimulación o masturbación dirigida de Lobitz y LoPiccolo de 1978, Entrenamiento muscular pubococcigeo de Kegel de 1952) -Focalización sensorial (dentro del Programa de actividades sexuales graduadas de Masters y Johnson de 1987) ▪ Terapia de pareja: -Mejorar la comunicación ▪ Tratamiento farmacológico: -Bupropion -Testosterona 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sustitución del fármaco ▪ Terapia sexual: -Trabajar fantasías eróticas -Autoestimulación (Programa de autoestimulación o masturbación dirigida de Lobitz y LoPiccolo de 1978, Entrenamiento muscular pubococcigeo de Kegel de 1952) -Focalización sensorial (dentro del Programa de actividades sexuales graduadas de Masters y Johnson de 1987) ▪ Terapia de pareja: -Mejorar la comunicación ▪ Tratamiento farmacológico: -Bupropion -Testosterona 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia sexual: -Trabajar fantasías eróticas -Autoestimulación (Programa de autoestimulación o masturbación dirigida de Lobitz y LoPiccolo de 1978, Entrenamiento muscular pubococcigeo de Kegel de 1952) -Focalización sensorial (dentro del Programa de actividades sexuales graduadas de Masters y Johnson de 1987) ▪ Terapia de pareja: -Mejorar la comunicación ▪ Tratamiento farmacológico: -Andrógenos -Estrógenos+Andrógenos 	

D S H P R I M A R I O	P S I C O L Ó G I C O	Inductores externos (pareja sexual)	Inductores internos (fantasías)	Asociado a un tno. de excitación u otra disfunción sexual
		Problemas de pareja, especialmente alteraciones de la intimidad	<ul style="list-style-type: none"> -Educación moral y religiosa restrictiva -Relaciones entre padres deterioradas -Inadecuada información sexual -Experiencias sexuales traumáticas durante la infancia -Inseguridad en el rol psicosexual durante los primeros años -Problemas de pareja -Alteraciones orgánicas -Ect 	<ul style="list-style-type: none"> -Educación moral y religiosa restrictiva -Relaciones entre padres deterioradas -Inadecuada información sexual -Experiencias sexuales traumáticas durante la infancia -Inseguridad en el rol psicosexual durante los primeros años -Problemas de pareja -Ansiedad anticipatoria -Causas orgánicas (poco frecuente) -Ect
		Tratamiento	Tratamiento	Tratamiento
	<ul style="list-style-type: none"> ▪Terapia sexual: <ul style="list-style-type: none"> -Potenciar inductores externos (Utilización de lecturas, películas, Cambio de la apariencia, etc) -Trabajar fantasías eróticas -Recondicionamientos orgásmicos ▪Terapia de pareja: <ul style="list-style-type: none"> -Mejorar la comunicación -Trabajar los aspectos relacionales conflictivos -Resolución de conflictos y manejo de la ira ▪Terapia de grupo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia sexual: <ul style="list-style-type: none"> -Trabajar fantasías eróticas -Autoestimulación (Programa de auto-estimulación o masturbación dirigida de Lobitz y LoPiccolo de 1978, Entrenamiento muscular pubococcigeo de Kegel de 1952) -Focalización sensorial (dentro del Programa de actividades sexuales graduadas de Masters y Johnson de 1987) ▪ Terapia de pareja: <ul style="list-style-type: none"> -Mejorar la comunicación ▪ Terapia de grupo ▪ Tratamiento farmacológico: <ul style="list-style-type: none"> -Ansiolíticos, Bupropion y Testosterona 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia sexual: <ul style="list-style-type: none"> -Información sexual -Manejo de la ansiedad ▪ Terapia de pareja ▪ Terapia de grupo ▪ Tratamiento farmacológico: <ul style="list-style-type: none"> -Ansiolíticos, Bupropion, Testosterona, Fármacos vasocongestionantes. ▪ Tratar la causa orgánica 	
MIX TO	Etiología combinada	Terapia combinada		

CASO CLÍNICO

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 31 años casada desde hace 2 (septiembre-2005) sin hijos y que dice tener dificultades sexuales: *“Actualmente no tengo deseo sexual, bueno... sólo a veces”*. *“No me apetece casi nunca”*. *“Antes (antes de la Anorexia Nerviosa) sí me apetecía”*.

Ha estado en tratamiento psiquiátrico por A.N. durante 5 años y en tratamiento psicológico (individual y grupal) durante 3 años y en junio-2007 es dada de alta de ambos tratamientos.

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS:

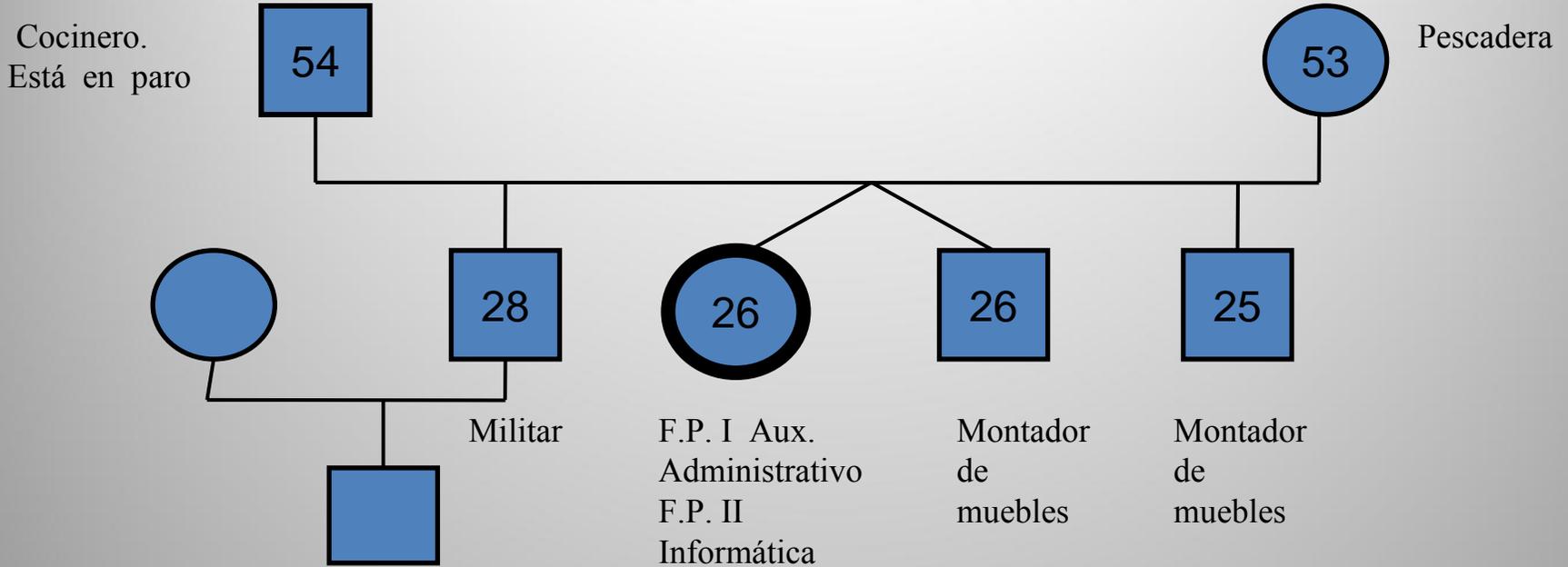
-Depresión grave diagnosticada en mayo-2002. Actualmente en remisión.

-Anorexia nerviosa restrictiva que actualmente está en remisión y que comenzó según la paciente en 1999 aunque en la primera consulta con psiquiatría tiene poca Cs de ella y habla de: *“problemas digestivos y de que los nervios se me agarran al estómago”*.

En la primera consulta con psiquiatría tampoco cumple los criterios diagnósticos de A.N. y de B. N. del DSM-IV-TR . Se le pasan como pruebas complementarias:

- **EDI-2:** Los resultados dan puntuaciones subclínicas.
- **SCL-90-R:** Los resultados indican que las escalas de Depresión, Somatización y Sensitividad interpersonal son las más elevadas respectivamente.
- **IPDE de la CIE-10:** Los resultados indican como posible positivo el Tno. Anancástico de la Personalidad.

GENOGRAMA (AÑO 2002)



Refiere un buen ambiente familiar aunque se siente con mucha tarea porque la casa la lleva ella (su padre está en paro y es su madre la que trabaja para mantener económicamente la casa)

HISTORIA EVOLUTIVA

- Refiere embarazo y parto normales. Desarrollo psicomotor y cognitivo normales.
- Desde siempre muy nerviosa y de poco comer, pero en la primera sesión con psiquiatría dice que: *“Me veo demasiado delgada y me siento continuamente mareada”*.
- Infancia buena y la recuerda alegre. Buena adaptación en el colegio, sin problemas con los compañeros y los profesores. Buen rendimiento escolar porque le gusta estudiar.
- Adolescencia buena en general. Buena adaptación al instituto, sin problemas con los compañeros y los profesores. Con los amigos del pueblo bien.
- Tras los estudios de F.P. en 1998 trabaja 6 meses en un centro comercial de Administrativo Contable hasta que finaliza su contrato.
- Tras esto, en 1999 comienza a preparar una oposición de Auxiliar Administrativo. Perdió 6-7 kg. en ese año porque: *“Me lo tomé muy a pecho y estaba muy nerviosa. Y a partir de esto se me estropeó el estómago”*. No consiguió la oposición y le afectó mucho: *“Me quedé super-descuidada”*.
- En 2002 está buscando trabajo (echando currículums y mirando por internet) y haciendo un curso de peluquería. Está empezando a salir con un chico (actualmente su marido) y sigue relacionándose con sus amigos de siempre aunque ellos ya están casados. Pertenece a una Asociación de Vecinos de su pueblo.
- Se casa en 2005 y viene a vivir a Badajoz. No pierde el contacto con su pueblo.
- Actualmente está de nuevo preparando una oposición de Auxiliar Administrativo. Ha aprobado el primer examen (noviembre-2007) y tiene el segundo en enero-2008. Su marido trabaja en el supermercado de un centro comercial y es monitor de gimnasia en un gimnasio de su pueblo. Sigue relacionándose con los amigos de siempre aunque ya menos. Pertenece a un partido político de su pueblo pero en las últimas elecciones municipales no ganó y no consiguió tener un cargo público.

PRIMERA SESIÓN (Entrevista de evaluación sexual)

DIFICULTADES Y PROBLEMAS SEXUALES EXISTENTES:

- Descripción del problema: *“Actualmente no tengo deseo sexual, bueno... sólo a veces”. “No me apetece casi nunca”. “Antes (antes de la Anorexia Nerviosa) sí me apetecía”.*
- “Apareció hace 5-6 años cuando empecé con mis problemas de estómago y mi A.N.”.*
- La explicación que da la paciente sobre el origen es la depresión en la que cayó después de no sacar la oposición y también la A.N. Añade que, por otra parte, su marido es poco “efusivo”.
- Los intentos de solucionar la dificultad han sido por su parte:
 - hablar con su marido sobre su bajo deseo sexual.
 - proponerle a su marido tener relaciones sexuales por la noche (él prefiere a medio día después de comer) y por la mañana los fines de semana.

Por parte del marido dice que no ha habido intentos de solución.

HISTORIA SEXUAL DE LA PACIENTE:

▪ **INFANCIA Y MEDIO FAMILIAR:**

- Refiere que en su familia no se hablaba de sexo y que ahora habla con su madre, pero ella no le da soluciones.
- No tuvo educación sexual en el colegio aunque las amigas sí hablaban entre ellas y que así se fue enterando.

▪ **PUBERTAD Y ADOLESCENCIA:**

- Su orientación sexual es heterosexual.
- No tiene rechazo hacia el sexo y ha practicado la masturbación.
- Refiere que sus primeras experiencias sexuales fueron satisfactorias y que sí tenía deseo sexual. Practicó sexo con los chicos con los que salió y no había ningún problema.

▪ **RELACIÓN SOCIO-SEXUAL CON SU PAREJA ACTUAL:**

- Tuvieron relaciones sexuales antes de casarse y ella ya tenía problemas de deseo. Su marido ya era poco “efusivo” entonces y eso la frenaba aún más y la sigue frenando ahora. Pero él siempre ha disfrutado en las relaciones sexuales que han tenido al contrario que ella.
- Utilizan como método anticonceptivo el preservativo y a ella le gustaría cambiar pero su marido no quiere porque considera que es el mejor método para las pocas relaciones sexuales que tienen.
- Actualmente refiere tener poca satisfacción con su relación de pareja. Cuando eran novios él la cuidaba mucho y estaba muy pendiente de ella y de su salud pero ahora de casados todo ha cambiado y él está centrado en su trabajo y cuando llega a casa sólo quiere que le dejen tranquilo para tumbarse a ver la TV y jugar a la play-station. Y a ella en ese momento le gustaría que hablasen.
- Sólo tienen libre el sábado por la tarde y el domingo porque ella está dedicando mucho tiempo a estudiar. Este tiempo libre lo dedican a hacer la compra y a ir al pueblo a casa de los padres. Se queja de que no hacen muchas cosas juntos (lo último que han organizado juntos es un viaje a Mallorca en mayo-2007).

CONDUCTA SEXUAL ACTUAL:

- Refiere que pueden pasarse 5 ó 6 meses sin tener relaciones sexuales.
- A su marido le apetece a medio día después de comer pero que ella en ese momento tiene problemas digestivos por sus antecedentes de A.N. y que ella prefiere tenerlas por la noche pero que él se queda dormido en el sofá antes de que ella se lo proponga y le da pena despertarlo. Durante el fin de semana tampoco se ponen de acuerdo.
- Cuando se ponen de acuerdo y tienen relaciones sexuales ella no disfruta y está deseando que acaben lo antes posible. Pero no tienen dificultades sexuales de otro tipo.

CONDICIONES PARA LLEVAR A CABO UNA TERAPIA SEXUAL:

- La paciente refiere tener alta motivación para iniciar un tratamiento para solucionar la dificultad que tiene y no sabe cuál es la motivación de su marido.
- La paciente refiere tener altas expectativas de cambio pero también dice que si no funciona el tratamiento pensará en separarse de su marido porque ya no aguanta más.

INTERVENCIÓN:

1. La dificultad que tienen se puede solucionar pero ambos tienen que comprometerse y trabajar en ello.
2. Es conveniente que en la próxima sesión acuda su marido.

JUICIO CLÍNICO

Deseo sexual inhibido, adquirido, general y primario (debido a factores combinados: psicológicos + enfermedad médica)

Segunda sesión

Acude sólo la paciente porque su marido no ha podido avisar en el trabajo y no tiene la mañana libre. Sin embargo, está de acuerdo en venir la próxima sesión y las que sean necesarias.

-Ha aprobado el primer examen de la oposición y está preparando el segundo (enero-2008). Ahora tienen más tiempo libre para poder hacer cosas juntos pero no hacen nada juntos.

-Refiere quejas continuas hacia su marido:

- No hace nada en casa y sólo se dedica a trabajar.

- No consigue que él haga otras cosas a parte de ver la TV y jugar a la play-station.

- La desanima continuamente en cualquier cosa que ella pretende hacer: P.e.- *“apuntarme a un gimnasio. Y cuando me apunté al partido político se enceló mucho y todo eran pegas”*.

-No han tenido relaciones sexuales: no soporta que la toque, ni siquiera que la bese o le de un abrazo.

-Discuten por cualquier cosa.

-No sabe si decirle que se encuentra mal con él y tampoco sabe cómo decírselo. En general, no sabe cuándo y cómo hablar con él.

-Está desanimada con respecto a la solución del problema y comenta, como en la sesión anterior, que si la terapia no les va bien se separará de su marido.

INTERVENCIÓN:

1. Le propongo comenzar por una terapia de pareja y dejar de momento a un lado lo sexual. Y comenzar por entrenar la comunicación en pareja.
2. Entrenamos cuándo y cómo decirle a su marido que le gustaría que le acompañase a la sesión siguiente, aunque él ya está dispuesto a venir.

TERCERA SESIÓN (CONJUNTA)

-El marido está de acuerdo en que tienen dificultades a nivel sexual:

- *“No tenemos relaciones”*. Refiere que siempre ha sido así porque desde que se conocieron ella siempre ha tenido problemas con la alimentación y que: *“Yo la dejaba para no agobiarla. Pero ahora ella está mejor y tampoco tenemos relaciones”*.
- No está de acuerdo con ella en que él tiene poco deseo sexual y dice que es por lo que ha comentado antes.
- Refiere que cuando intenta aproximarse a ella ésta le rechaza y le pone mala cara. Ella contesta que ahora no está en un buen momento porque está agobiada con los dos meses que le quedan para el segundo examen de la oposición. Además no tiene nada qué hacer excepto prepararse para el examen y eso la agobia mucho. Él dice que ni siquiera sale de compras porque no tiene dinero propio y no quiere gastar el que gana él.

-El marido también está de acuerdo en que no hacen cosas juntos: Razones que da:

- *“Antes mi mujer estaba con las oposiciones y no quería salir”*.
- *“Los amigos con los que salimos van frecuentemente a comer/cenar y mi mujer lo pasa mal por su problema de alimentación”*.
- *“Yo tampoco le propongo hacer cosas juntos porque cuando se me ocurre algo no sé cómo decírselo a ella para que no se enfade y no me ponga mala cara”*.

-El marido también está de acuerdo en que tienen dificultades a la hora de hablar:

- Él es más bien callado (ella le recrimina que no lo es con los amigos) y que en los últimos tiempos está haciendo un esfuerzo para cambiar. Dice que sí hablan “de las cosas de la vida” pero no “de ellos”.
- No encuentran ni el momento ni los modos para hablar y que últimamente siempre que lo intentan acaban discutiendo. Esto le hace sentir culpable a él y abandonada por él a ella.

INTERVENCIÓN:

1. Les propongo comenzar a trabajar en la comunicación de pareja aplazando lo sexual para un segundo momento (*“Lo sexual es una parte más de la comunicación de la pareja”*)
Se comprometen a intentarlo y acordamos un momento del día para poder hablar de ellos y de su relación, de sus sentimientos hacia el otro, etc. Acuerdan el final de la tarde antes de hacer la cena porque después de cenar el marido se queda dormido pronto.
2. Entrenamos la forma en cómo tienen que comunicarse. El marido se sorprende de que estén hablando sin discutir.

BIBLIOGRAFIA

- APA (2000): Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona. Masson, S.A. Capítulo: Trastornos sexuales y de la identidad sexual. (págs. 599-652).
- Belloch, A.; Sandín, B. y Ramos, F. (1997): Manual de Psicopatología. Vol.1. Madrid. Mc Graw-Hill. Capítulo 12: Trastornos sexuales. (págs. 403-464).
- Carrobbles, J. A. y Sanz Yaque, A. (1991): Terapia Sexual. Madrid. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Fundación Universidad y Empresa.
- Cabello Santamaría, F. (2007): Estado actual del tratamiento farmacológico del deseo sexual hipoactivo en la mujer. Sexología Integral, 2007; 4(1); págs 33-40.
- Shiloh, R.; Stryjer, R.; Weizman, A.; Nutt, D. (2006): Atlas of Psychiatric Pharmacotherapy. 2nd edition. London. Informa Healthcare.

