



Revista Costarricense de Psicología

ISSN: 0257-1439

editorial@rcps-cr.org

Colegio Profesional de Psicólogos de

Costa Rica

Costa Rica

Granero, Mirta

Sexología basada en la evidencia: historia y actualización

Revista Costarricense de Psicología, vol. 33, núm. 2, julio-diciembre, 2014, pp. 179-197

Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476747238002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Sexología basada en la evidencia: historia y actualización

### *Evidence-Based Sexology: History and Current Status*

Mirta Granero

Instituto Kinsey de Sexología, Rosario, Argentina

#### Resumen

El artículo presenta el estatus de la sexología como ciencia desde sus inicios hasta nuestros días. Señala que la sexología es un área de conocimiento “incómoda” que debe luchar contra los prejuicios, los estereotipos y las costumbres de la sociedad. La sexología clínica (o terapéutica) y la sexología educativa se fundamentan en trabajos investigativos que comienzan en el siglo XIX con Freud, von Krafft-Ebing, Albert Moll, Ivan Bloch, Magnus Hirschfeld y Havelock Ellis. Posteriormente, se publican las investigaciones de Kinsey, con las cuales empieza la sexología en sentido moderno. Masters y Johnson fueron pioneros en trabajos experimentales de la sexología. Las obras de Kaplan, Basson, Hite y otros autores presentan trabajos con diverso grado de rigurosidad, pero no se puede afirmar que todas sean investigaciones basadas en la evidencia. El artículo revisa y analiza detalladamente la sexología en la actualidad y señala que el énfasis en la evidencia se encuentra en estado incipiente. Mientras tanto, en el caso de la sexología médica (que trata problemas orgánicos y utiliza procedimientos farmacológicos y fisiológicos) existe más énfasis en la evidencia que en el caso de la sexología que trata problemas sin un sustrato orgánico definido. El artículo señala la importancia de la sexología para mejorar la calidad de vida de las personas y enfatiza la necesidad de desarrollar una sexología basada en la evidencia.

*Palabras clave:* sexología, evidencia, psicología, investigación científica

#### Abstract

The article presents the status of sexology as a science, from its origins until the present. It points out that sexology is an “uncomfortable” area which has to struggle with prejudices, stereotypes and social habits. Clinical (or therapeutic) sexology and educational sexology are based on research carried out during the 19th Century by Freud, von Krafft-Ebing, Albert Moll, Ivan Bloch, Magnus Hirschfeld, and Havelock Ellis. Later, we find Kinsey’s research, considered the origin of modern sexology. Masters and Johnson were pioneers in experimental research on sexology. The works by Kaplan, Basson, Hite and other authors present findings with a diverse degree of rigor; nonetheless, we cannot assert that all these research findings are evidence-based. The article reviews and analyses in detail current sexology and shows that the emphasis on evidence is just beginning. While in the case of medical sexology (the treatment of organic problems and use of pharmacological and physiological procedures), there is more emphasis on evidence than in the case of sexology that treats problems with no defined organic basis. The article points out the importance for sexology to improve people’s quality of life, and emphasizes the need to develop an evidence-based sexology.

*Keywords:* Sexology, Evidence, Psychology, Scientific Research

---

Mirta Granero, Instituto Kinsey de Sexología, Rosario, Argentina.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Mirta Granero, dirección electrónica: [mirtagranero@ciudad.com.ar](mailto:mirtagranero@ciudad.com.ar)



La sexología es una ciencia incómoda. No solo hay que cuidar lo que uno va a decir en un artículo, conferencia, conversando con un paciente o con un educando, sino también cuáles palabras va a usar que no incomoden al otro, pero que al mismo tiempo las entienda. Eso no ocurre en las áreas de la Medicina, de la Psicología o de alguna otra disciplina o ciencia, tenga o no relación con la salud y el cuidado del ser humano.

En otros campos, a las cosas se las llama por su nombre, solo en la sexualidad los órganos genitales o las prácticas que se ejerciten se conocen mediante apodos o nombres coloquiales. Estos apodos varían de país en país y de cultura en cultura.

A ninguna otra parte del cuerpo, que no esté relacionada con la sexualidad o la genitalidad, se la llama por un nombre sustituto. Al ojo se le dice ojo, a la cabeza, cabeza y a la nariz, nariz. Igual a las acciones de caminar, correr, hablar, etc. Pero al pene, a los testículos y a la vulva, pocas veces se los denomina con el nombre respectivo, tampoco se habla normalmente utilizando la palabra coito, a menos de que sea en una conferencia, en la clase de un curso o en una entrevista médica. Para este fin, invito al lector a ver *Nomenclatura y apología del carajo*, de Francisco Esteban Acuña de Figueroa (autor del himno nacional uruguayo), quien en ese poema, de 31 cuartetas endecasílabas publicado por primera vez en 1922, recopila una cantidad de sinónimos del vocablo pene (Acuña de Figueroa, 1922).

La dificultad para llamar a las cosas por su nombre en la sexología da cuenta de lo incómodo que se hace trabajar en la disciplina, si el sexólogo no está bien formado en este aspecto y si no ha hecho una reestructuración cognitiva de su propia sexualidad y actitudes y se ha podido hacer cargo de sus trabas y limitaciones para expresarse en esta disciplina. No ocurre así con la formación y el entrenamiento de un cardiólogo, de un ingeniero o de un licenciado en economía, que solo debe formarse en los temas específicos referidos a su especialidad.

El sexólogo requiere un gran entrenamiento para poder dirigirse al paciente o educando y no herir su susceptibilidad, hacer que el otro no se sienta ofendido ni avergonzado por un lenguaje muy directo y, al mismo tiempo, usar un lenguaje que pueda entender, pues generalmente los consultantes no están acostumbrados a usar palabras técnicas o los nombres correctos de sus genitales y acciones sexuales (a veces, ni siquiera los conocen).

### **La sexología clínica y educativa**

La sexología clínica y educativa, específicamente con los objetivos de promover la salud sexual y reproductiva, es un campo nuevo. Tiene apenas poco más de cincuenta años. Cien, al considerar que los estudios sexológicos comienzan con Sigmund Freud, aunque estos guarden poca relación con la sexología actual, poseen muchos errores debido a desconocimientos de la época y no han tenido como finalidad solucionar los problemas de las disfunciones sexuales o encarar el tema de la salud sexual en todos sus aspectos (sociales y biológicos). Uno de los grandes errores de Freud, en cuanto a la sexualidad, fue considerar que el placer sexual, obtenido a través del clítoris en la mujer adulta, no era un signo de normalidad, sino de inmadurez (Freud, 1948).

Pero al remontar años atrás, se pueden nombrar como fundadores de la sexología a Richard von Krafft-Ebing, Albert Moll, Ivan Bloch, Magnus Hirschfeld y Havelock Ellis.

Richard von Krafft-Ebing publicó, en 1886, *Psicopatías sexuales*, un libro que para la época era un estudio científico. Él expuso que el objetivo del deseo sexual era la procreación e incluyó a la homo-

sexualidad en la categoría de parestesia, definido como deseo sexual sobre un objeto equivocado. En cambio, la posición de Magnus Hirschfeld es completamente distinta. Fundó en Alemania el Comité Científico Humanístico, en 1887, y fue un defensor de los derechos de los homosexuales. Proponía un mejor conocimiento de la homosexualidad para eliminar la hostilidad hacia los homosexuales. La información acerca de estos autores y sus contribuciones se encuentran en los *Archivos de Sexología* de la Universidad de Humboldt de Berlín, Alemania. Estos Archivos fueron fundados, en 1994, por Erwin J. Haeberle, quien donó su biblioteca y encaró su dirección.

No obstante, desde el siglo XIX, en que se negaba a la sexualidad, hasta la fecha, el avance ha sido inmenso. Alfred Kinsey, a mitad del siglo XX, fue uno de los primeros que encaró el tema al preguntarle a la gente frente a frente sobre su sexualidad y sus prácticas. Encuestó a más de 24,000 personas y entrenó muy bien a sus colaboradores para realizar las entrevistas. Sus investigaciones fueron descriptivas y muy minuciosas, aportando conocimientos relevantes (Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948; Kinsey, Pomeroy, Martin & Gebhard 1953). Hasta las investigaciones de Kinsey no había estadísticas confiables de frecuencias de masturbación, de coitos, de relaciones homosexuales, ni de problemáticas asociadas al ejercicio de la sexualidad humana y la genitalidad. Alfred Kinsey y sus colaboradores obtuvieron estos datos al frecuentar distintos ámbitos y generaron en la sociedad pacata de mitad del siglo XX un gran escándalo, al dar a conocer actividades sexuales de distintos grupos (casados, solteros, religiosas, sacerdotes, campesinos, etc.), sobre masturbación, infidelidad, frecuencias coitales, homosexualidad, relaciones sexuales con animales, entre otros.

Luego, William Masters y Virginia Johnson, en la década de 1960, realizaron investigaciones de laboratorio, estudiaron la respuesta sexual humana y sistematizaron técnicas para el tratamiento de las disfunciones sexuales. Fueron tareas arduas que pusieron de manifiesto, cómo se ejerció la sexualidad, cuáles fueron sus problemáticas y los tratamientos posibles (Masters y Johnson, 1967, 1972, 1995).

### Desarrollos recientes

Desde la mitad del siglo XX, hubo grandes cambios con respecto a la sexualidad humana y la forma de ejercerla. Apareció la píldora anticonceptiva que otorgó a la mujer gran libertad para manifestarse sexualmente sin temor al embarazo. Fue la época de la guerra de Vietnam, que posibilitó reflexionar a mucha gente acerca de la vida y la muerte, al cuestionar los valores de toda una sociedad; fue la época de la revolución cubana (un hito revolucionario en América Latina que llevaría a replanteos en distintos países acerca de la libertad, la igualdad y los derechos de las personas; asimismo surgió la creación de guerrillas que se multiplicó en gran parte del continente). Fue la época en que se empezó a luchar por los derechos humanos y se engendró la utopía de alcanzar la justicia social (con la que aún estamos en deuda). Estos y muchos otros acontecimientos permitieron un cuestionamiento importante de la vida.

Aparecieron los *hippies*, los *swingers* y se generó una revolución sexual que produjo que los estudios de Masters y Johnson fueran más conocidos y aceptados que los estudios de Kinsey. No obstante, para la época fue una misión atrevida y desafiante de estos dos pioneros que tanto contribuyeron al desarrollo de la naciente sexología.

En 1966, Williams Masters y Virginia Johnson describieron por primera vez el ciclo de la respuesta sexual humana de varones y mujeres con sus distintas fases (excitación, meseta, orgasmo y resolución) desde el punto de vista fisiológico. Este ciclo detalló en su inicio con la *excitación*, en la que la sangre llena el pene de los hombres, que produce la erección y al clítoris, vulva y vagina de las mujeres genera

la lubricación. Luego, especificaron la etapa de la *meseta*: un momento de una gran fogosidad, pero no se está listo para el orgasmo. Seguidamente, describieron la fase del *orgasmo* y, finalmente, la fase de la resolución, donde regresan los tejidos a su estado inicial.

En sus estudios encontraron, también, alguna diferencia en la respuesta sexual humana de hombres y mujeres: las mujeres se excitaban más lentamente que los hombres. A raíz de ello, se destacó la importancia de los llamados “juegos previos” en la sexualidad femenina. Aunque las grandes diferencias entre hombres y mujeres se descubrieron muchos años después, sobre fines del siglo XX.

Estos autores nos legaron investigaciones acerca de la eficacia de la terapia sexual, al ser los primeros que contribuyeron a darle una entidad a estos tratamientos.

Años después, en 1974, Helen Singer Kaplan amplió los conceptos de respuesta sexual humana descriptos por Masters y Johnson y añadió al ciclo un elemento central: el deseo sexual (que no consideraron los estudios anteriores), anteponiendo a la fase de la excitación la fase del deseo. Según Kaplan, se inicia el deseo ante un estímulo adecuado en forma previa al contacto genital. La autora enfatizó, también, la influencia de lo mental en la experiencia sexual, al decir que “el cerebro es el principal órgano sexual y ‘la excitación es mitad fricción y mitad fantasía’” (Kaplan, 1978, 1987, 1996a, 1996b).

Helen Kaplan aportó una mirada más amplia sobre los aspectos psicológicos y vinculares de los pacientes al recomendar la terapia sistémica y la terapia psicoanalítica para las problemáticas psicológicas individuales que llevaron a una disfunción; solo en muy pocas oportunidades, la terapia cognitivo-conductual, cuando las problemáticas fueron desencadenadas por problemas vinculares.

Construyó una clasificación de causas de las distintas disfunciones sexuales y las dividió en inmediatas y profundas, que luego J. Ricardo Musso criticó y amplió en interesantes artículos acerca de las causas de las disfunciones sexuales y de las conductas funcionales y disfuncionales (Musso 1985, 1989, 1990).

Kaplan fue, también, la primera que definió el *deseo sexual hipoactivo*: el bajo nivel de interés sexual, que se manifiesta como dificultad para iniciar o responder a una actividad sexual (relaciones sexuales o conductas sexuales, en pareja o no) y que ocasiona que las relaciones sexuales disminuyen considerablemente o desaparecen (Kaplan, 1987).

Luego de estos estudios y de que la sexología se manifestó como un campo importante de la salud, recién en la década de los años 1990, se incluyeron los problemas sexuales como entidades nosológicas en diferentes clasificaciones, entre ellas el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994).

Surgieron, a finales del siglo XX, los estudios de Rosemary Basson (Basson, 2000; Basson, Brotto, Laan, Redmond & Utian, 2005), quien revisó los modelos propuestos y desarrolló una nueva conceptualización de la respuesta sexual femenina. Descubrió que dicha respuesta difiere de la masculina y que hasta ese momento se había tratado a la mujer equivocadamente al estudiarla con el esquema de la respuesta sexual del varón, porque la de ella es muy distinta (otra de las consecuencias de la discriminación de género, que etiquetó durante mucho tiempo a la mujer como disfuncional en su sexualidad). Hasta ese momento, tanto la respuesta sexual femenina y masculina habían sido consideradas como en una línea recta, que iba desde el deseo hasta el orgasmo. Pero, Rosemary Basson encontró que en la práctica esto raramente ocurrió, porque la respuesta de la mujer en realidad no era así.

De acuerdo con Basson, las diferencias acerca de cómo los hombres y las mujeres experimentan la sexualidad, se puede expresar del siguiente modo:

*En los varones*, generalmente la progresión de la respuesta sexual es lineal; es decir, del deseo pasan a la excitación y de allí al orgasmo.

*En las mujeres*, esa progresión sexual es circular. Las fases se superponen unas a otras en un orden que varía, según las circunstancias, que vive y experimenta en cada situación.

Explica Basson que la mujer se parece más al hombre solo en los inicios de las relaciones sentimentales, cuando la relación de amantes es reciente, pero luego, con el tiempo, necesita mayor estímulo. El hecho de que dicha situación ocurra es totalmente normal. De ninguna manera debe considerarse una disfunción de la sexualidad femenina.

El modelo alternativo de respuesta sexual femenina propuesto por Basson evidenció que el deseo significa cosas muy diferentes para mujeres y hombres. Hasta el momento habían sido consideradas como condiciones básicas del deseo, la presencia de pensamientos y fantasías sexuales y la urgencia por experimentar satisfacción sexual. Pero, según Basson, así funcionan los hombres, mientras en las mujeres solo en algunas circunstancias y fundamentalmente cuando las relaciones son nuevas y están en sus comienzos funcionan de esta manera (Anmuth y Villalonga, 2011).

Basson aportó el concepto de respuesta sexual circular en donde el deseo de la mujer no es comúnmente al comienzo de la respuesta sexual, como sucede en el varón, sino que la respuesta sexual femenina comienza con un período de intimidad con su pareja y luego de la excitación, le sigue recién la fase del deseo sexual.

Los conocimientos de estos nuevos estudios liberaron a las mujeres que habían sido encasilladas como disfuncionales del deseo, al no manifestarse este de entrada como ocurre con el varón, el que solo con el pensamiento de una situación sexual desencadena la fase del deseo.

Los trabajos e investigaciones de Basson han sido de suma importancia para la sexología femenina. Puso en teoría lo que los sexólogos clínicos ya veíamos en los consultorios. Recuerdo que cuando las mujeres me relataban su forma de funcionar solía decirles: “Tu forma de sentir es normal estadísticamente, cantidad de mujeres sienten así”. Las investigaciones de Basson nos ayudaron a entender mejor lo que les ocurría a cantidades de consultantes y a sentirnos más seguros como clínicos al dar ese tipo de respuestas. Sin embargo, esas investigaciones no tuvieron el rigor metodológico para incluirlas en la sexología basada en la evidencia.

Creemos que, a pesar de no haber sido demostrada científicamente, esta teoría es totalmente válida. Solo haría falta algún sexólogo investigador que se decida a evaluarla experimentalmente, con buenas muestras, grupos de control y rigurosa metodología científica.

### **La sexología en la actualidad**

La sexología de hoy se encarga en la *clínica* de problemáticas sexuales específicas como las disfunciones: preorgasmia (ya no decimos anorgasmia, porque se considera que todas las mujeres tienen capacidad de alcanzar el orgasmo, si aprenden cómo), disfunción del deseo, disfunción de la erección, eyaculación precoz, vaginismo, dispareunia, etc., y las derivadas de los problemas de género, de la violencia, de la diversidad sexual y de la discriminación. Estudia fundamentalmente la salud sexual y reproductiva y las formas de prevención de los problemas sexuales tanto físicos, como vinculares o derivados de problemas psicológicos y sociales (abuso, violación).

La otra rama de la sexología, la *educacional*, trabaja en el área de la formación, la información y la prevención de problemáticas relacionadas con el ejercicio de la sexualidad: salud sexual y reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida, embarazos no deseados o precoces, abuso sexual, violación y problemáticas surgidas en las distintas etapas evolutivas de la vida, entre otras.

La sexología, como disciplina joven, no debe estar ajena a las necesidades que tratan de cubrir la Medicina basada en la evidencia y la Psicología basada en la evidencia. Necesita disponer de herramientas confiables y válidas que se apoyen en *datos empíricos contrastados*. Necesita mejorar la calidad de las intervenciones y formar sexólogos clínicos y educativos que comprendan y empleen metodología de la investigación científica y que, además, sean críticos de sus intervenciones y resultados, como también de los trabajos publicados.

Es de suma urgencia una nueva orientación sexológica basada en *pruebas científicas*, que permita avanzar tratando de conseguir la mejor evidencia con la cual atender a las preguntas provenientes de la clínica o de la educación para el momento que estamos viviendo.

### **La investigación en sexología**

No siempre es fácil investigar en sexología. Para investigar, ya sea una problemática relacionada a la sexualidad o el resultado de una forma de terapia frente a esa problemática sexual, debemos preguntar en detalle. Preguntar en detalles una sintomatología cardíaca o renal suele no tener para el sujeto investigado la misma implicancia que tiene preguntar acerca de las relaciones sexuales, su desempeño y sus problemas. Preguntar acerca del orgasmo, de la forma cómo se acaricia una persona o una pareja genitalmente, del tiempo que tarda un varón en eyacular, preguntar acerca de las posiciones en el coito con las que eyacula menos rápido o con las que siente más placer, o con las que pierde la erección, o alcanza el orgasmo, etc., requiere hablar de cosas muy íntimas. Requiere vencer la vergüenza de tratar esos temas tabú, de desarrollar una confianza estable con el terapeuta, de poder aceptar su sexualidad como algo natural y no malo y de tomar conciencia de que debería poder hablar de su aparato genital con la misma naturalidad con que hablaría de su aparato cardiológico o gastrointestinal. Que así, como no tiene vergüenza de contar un episodio de descompostura intestinal o malestares de variados tipos, no debiera tenerla tampoco para hablar de lo que le ocurre con su sexualidad. El aparato genital es como cualquier otro aparato del cuerpo humano, solo que referirse a él ha tenido y sigue teniendo “mala prensa”. Contar que uno tose y escupe una flema de un determinado color no tiene la misma repercusión emocional que contar que se tiene un flujo vaginal de tales características.

Puede parecer esto como demasiado obvio, pero esa forma de verlo (muy común) es otra de las maneras que tenemos, hasta los mismos profesionales, de negar estos temas. Esta forma de negarlos o de darlos como sobreentendidos y disminuir su importancia emocional es parte de lo que luego lleva a hacer pocas preguntas en el consultorio y a realizar investigaciones superficiales basadas solo en encuestas anónimas, y no tanto en aquellas por lo que tanto se preocupó Alfred Kinsey: preguntar a la gente cara a cara acerca de su sexualidad y de su genitalidad.

Recuerdo que hace años estaba yo haciendo un programa televisivo en Argentina, dos veces por semana en horas del mediodía. Se hablaba de problemas sexuales y su forma de abordaje. Si bien es cierto que el programa tenía buen *rating* y muchos televidentes solían felicitarme, muy a menudo recibía cartas amenazadoras y agraviantes por tratar “temas tan sucios y repugnantes en horas del almuerzo”.



Así como un paciente no se siente avergonzado de contarle al médico que tuvo un episodio bronquial o una arritmia, etc., tampoco debe sentir vergüenza de hablar acerca de su orgasmo, de su falta de erección, de la imposibilidad de alcanzar la penetración en una relación coital o de su falta de deseo. Debería sentirlo tan natural hasta el punto de que pueda tratar sin restricciones con otra persona (su terapeuta sexual) lo que hace con su cuerpo y su genitalidad.

Las investigaciones que se realizan cara a cara tienen el inconveniente de no encontrar demasiados sujetos (participantes) disponibles. Las que se hacen con respuestas anónimas (p.ej., encuestas repartidas en alguna institución, etc.), sabemos que tienen el gran sesgo correspondiente a la diferencia de las personas que responden frente a las que no responden la encuesta. Un ejemplo de esto es *El Informe Hite: estudio de la sexualidad femenina*, publicado por primera vez en 1976, del cual no se pueden generalizar los resultados. El Informe Hite (Hite, 2002) nos aportó conocimientos importantes acerca del ejercicio de la sexualidad, pero no fue metodológicamente bien diseñado, al comenzar por la muestra.

Tratar de unificar casos con el mismo tipo de terapia, extraídos de consultorios y de terapeutas sexuales que quieran colaborar en la investigación, no deja de ser una tarea complicada. A diferencia de otros problemas psicológicos, los problemas sexuales en la mayor parte de los casos implican a dos personas, aunque muchas veces suela estar una sola en tratamiento. La influencia positiva o negativa del *partenaire*, a menudo, los terapeutas e investigadores no pueden controlar ni manejar. Aquí no podemos aislar al paciente de su pareja (aunque no la conozcamos) y las problemáticas son más importantes cuando esas parejas son ocasionales y no contamos con información para predecir sus reacciones, que estarían en muchos casos funcionando como refuerzos de sus conductas (frecuentemente de conductas negativas para su problemática).

Poder unificar el material de la muestra de una investigación sexológica en la que están involucrados problemas psicológicos, no es tarea sencilla. Tampoco es sencillo lograr una muestra aleatoria, porque los casos que se consiguen son pocos. No se pueden tomar datos de una población, aleatorizar una muestra y salir a preguntar a esos sujetos, que no conocemos ni nos conocen, acerca de su sexualidad. Podríamos trabajar con datos tomados de los consultorios, pero los sexólogos clínicos no están acostumbrados a tomar notas objetivas de sus observaciones y a recabar datos de la forma correcta para que puedan ser utilizados en una investigación científica. Casi siempre se usa, entonces, una muestra de conveniencia.

Difiere mucho la sexología que trabaja con problemáticas de causas psicológicas, de la sexología médica. Esta ha podido trabajar más con la evidencia. La sexología médica ha desarrollado y estudiado con mayor profundidad los resultados de sus terapias, al trabajar con casos donde las disfunciones se deben a causas físicas y no psicológicas. Los pacientes, al saber que sus problemas sexuales se deben a algo físico, se sienten menos avergonzados y ofrecen más datos. Además, casi todos los sexólogos que trabajan en la sexología médica son urólogos o ginecólogos y la Medicina ofrece mucha mejor imagen que la sexología.

Si partimos de las investigaciones de Kinsey antes mencionadas, nos encontramos con una cuidadosa metodología con un gran entrenamiento de sus entrevistadores, a fin de focalizarse en los temas de las entrevistas de manera uniforme, lo que dio como resultado importante el conocimiento en detalle del ejercicio de la sexualidad humana. Luego, 20 años después, Masters y Johnson estudiaron las problemáticas relacionadas con ese ejercicio y trataron de solucionarlas. Crearon técnicas terapéuticas muy



específicas para las disfunciones sexuales y las aplicaron en su institución, trabajando, a veces (cuando los consultantes no tenían pareja), con *partenaires* sustitutas que, también, fueron cuidadosamente entrenadas. Lógicamente, en la sociedad de los EE.UU. de los años 1970, esas mujeres (*partenaires* sustitutas), que ejercían este trabajo en forma remunerada, fueron encasilladas y juzgadas en muchos ámbitos como prostitutas y no como ayudantes de un trabajo sexológico, tal cual lo planteaban estos terapeutas.

Masters y Johnson aclararon que las *partenaires* sexuales que trabajaban en su institución eran mujeres solas, madres de varios hijos y jefas de familia, que nunca se habían dedicado a la prostitución. Pero la sociedad -que juzgaba y criticaba- era la misma sociedad que había crucificado a Kinsey, solo que lo hizo 20 años antes. Veinte años no cambian mucho a una sociedad; sobre todo, si no se ha hecho replanteos y se ha propuesto a cambiar.

Los resultados de la aplicación de las técnicas de Masters y Johnson y de sus investigaciones fueron un gran aporte a la sexología y abrieron un campo hasta el momento no trabajado: el poder resolver favorablemente las problemáticas sexuales de los individuos solos o en pareja. Sin embargo, en las investigaciones de estos tratamientos no hubo siempre grupos de control, por lo cual cabe preguntarse:

1. ¿Esas disfunciones sexuales se hubieran resuelto igual con el tiempo, sin terapia, tal como descubrió Eysenck (1952, 1959) que sucedió con algunos de los cuadros llamados “neurosis”?
2. ¿Esas disfunciones sexuales se hubieran resuelto igual, sin terapia, con solo un cambio de pareja y un poco de información?
3. ¿Con otras técnicas se hubieran resuelto igual esas disfunciones sexuales y en menos tiempo?
4. En otras circunstancias de tratamiento (no internados en la clínica de Masters y Johnson y con el clima ideal que la institución proveía para el tratamiento), ¿dan los mismos resultados la aplicación de las técnicas propuestas por ellos?

No hay estudios que den respuestas claras y certeras a estas preguntas. En principio, sabemos (por experiencia) que, sin la situación ideal que proveían estos terapeutas, los tiempos de tratamiento se hubieran alargado. Ni un vaginismo ni una eyaculación precoz se solucionan, actualmente, en 15 días. El mundo ha cambiado y la vida vertiginosa que se lleva en el siglo XXI casi no permite que la gente se interne 15 días para solucionar sus problemas sexuales (que, en última instancia, todavía no son considerados de vital importancia como podrían ser otros trastornos estudiados por la Medicina). El trabajo, los niños, los problemas económicos, las grandes distancias que los individuos deben recorrer y el tráfico vehicular en las grandes ciudades no permiten ni dan lugar a que los consultantes tengan sesiones terapéuticas diarias, ni puedan realizar los ejercicios indicados diariamente como proponían Masters y Johnson.

Un eyaculador precoz actual no está en condiciones de realizar todos los días la tarea de masturbarse con la técnica de arranque y parada, después de 10 horas de trabajo, de llevar y traer a los niños de la escuela y de manejar kilómetros por rutas y calles atestadas de coches, semáforos y personas. Tampoco puede realizar diariamente (por estas mismas circunstancias) las sesiones de placereado con su pareja, ni muchas de las técnicas que se utilizan para estos tratamientos: El cansancio y el poco tiempo que comparte la pareja, lo impide. Para realizar las tareas, que hoy el terapeuta sexual indica al paciente, se debe propiciar un ambiente y una motivación que den lugar a algo de deseo sexual y en una gran cantidad de casos este ambiente y esta motivación no se logran por falta de diálogo, de tiempo, por estrés, etc.

El hecho de que la terapia se alargue, por lo expuesto anteriormente, desmotiva a los pacientes.

Nada tiene que ver con la motivación que mantenían los pacientes tratados por Masters y Johnson, abocados durante 15 días solo a solucionar sus problemas sexuales, asistiendo a charlas diarias acerca de la sexualidad y en un ambiente distendido y libre de otras preocupaciones. ¿Cuánto tenía que ver la motivación en esos resultados? No lo sabemos. Tampoco en las investigaciones de Masters y Johnson, ni de Kaplan se tuvieron en cuenta características de personalidad de los sujetos disfuncionales sexualmente que consultaban, ni la falta de algunas habilidades no aprendidas.

Las investigaciones respecto a estos temas comenzaron recién en la década de 1980 y 1990. De las formas de aprendizaje que pueden llevar a las disfunciones, confirmé mediante una investigación minuciosa (Impallari y Granero, 1990), en el Instituto Kinsey de Sexología en la ciudad de Rosario, Argentina, cómo el aprendizaje lleva a la eyaculación precoz. Esto en una época en la que se sabía muy poco de su etiología. En esta investigación obtuvimos como resultado que los varones que eyaculaban precozmente, se masturbaban con imágenes que los excitaban, tipo diapositivas o fotos, y que debían apurar la masturbación debido a que la imagen desaparecía rápidamente. Por el contrario, los varones que no tuvieron eyaculación precoz, aprendieron a masturbarse con imágenes tipo película, en la que se imaginaban ser protagonistas y meterse en la situación. Por lo tanto, debían retrasar el momento del orgasmo para que este no apareciera antes de terminar la película que estaban fantaseando. De esa manera, pararon y arrancaron nuevamente con la masturbación y retardaron así el momento de la eyaculación y ello se convirtió en un aprendizaje del control eyaculatorio.

Dentro de la misma institución, se desarrollaron investigaciones respecto a características genéticas de la personalidad o aprendidas, relacionadas con las distintas disfunciones sexuales. En mis investigaciones (Granero 1990, 1994) puse de manifiesto que fueron asertivos los varones con eyaculación precoz y las mujeres con vaginismo. Que aun no pudiendo tener la relación sexual que desearían, fueron capaces de decir a su pareja lo que necesitaban para alcanzar el orgasmo y de una manera u otra lo alcanzaron. No así las personas con disfunción eréctil y las mujeres que no alcanzaron el orgasmo. En ellos, estas últimas disfunciones provocaron baja autoestima y vergüenza de lo que les pasó, sintiéndose incapaces.

La falta de asertividad con la pareja (sobre todo, asertividad sexual) fue una de las causas por las que no logran alcanzar el orgasmo. En otra investigación (Granero, 1987), llegué a la conclusión de que las mujeres que no llegaron al orgasmo no solo fueron poco asertivas, sino que tuvieron un nivel más alto de ansiedad, tuvieron menos fantasías sexuales y en los tests de androginia dieron un rol sexual más femenino tradicional (sumisa, tímida, poco exigente, etc.) a diferencia de las mujeres que alcanzaron el orgasmo, que dieron en estos inventarios resultados de menos ansiedad, más fantasías sexuales y rol sexual andrógino.

Un interesante libro de Eysenck y Wilson, *La psicología del sexo* (1981), estudia diferentes conductas sexuales que se relacionan con las distintas personalidades en las escalas de neuroticismo, psicoticismo y extraversión. Si bien, ninguna de estas investigaciones llenó todos los requisitos de una sexología basada en la evidencia, aportaron datos importantes basados en la evidencia científica acerca de qué técnicas deberíamos incorporar en los tratamientos sexológicos; por ejemplo, entrenamiento en asertividad, reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática y otras técnicas que reduzcan la ansiedad y habiliten para fantasear.

El problema de la ansiedad, que casi siempre está presente en las disfunciones, tampoco se puso de manifiesto en las investigaciones anteriores a esa década. En Impallari y Granero (1988), talvez fuimos unos de los primeros que comenzaron a investigar este tema.

Las terapias sexuales propuestas e investigadas por Masters y Johnson (1970) dieron el “puntapié inicial” para el tratamiento de las disfunciones sexuales y desde allí constituyeron un área habitual, mientras tenían como base los problemas psicológicos. Pero los buenos resultados que se obtuvieron no fueron avalados por investigaciones rigurosas que confirmaran su efectividad y eficacia. Hasta el presente, casi se carece de datos comparativos. En un trabajo mío (Granero, 1988), di cuenta de tratamientos efectivos para casos de vaginismo, solo habiendo como antecedente los reportes de Masters y Johnson, y con la limitación de poca cantidad de casos.

### **Sexología basada en la evidencia**

En el presente trabajo planteé como objetivo analizar y poner de manifiesto parte de lo existente en la sexología, al considerar los esfuerzos realizados hasta la fecha en un tema tan complejo y con la finalidad de que quienes lo lean encuentren un conjunto de conocimientos: algunos comprobados científicamente y otros que la experiencia indica como eficaces, aunque sin estudios sobre su comprobación. La idea fue reunir datos acerca de cómo está la sexología hoy, desde la perspectiva de la Psicología basada en la evidencia. Tal como señalan Labrador, Echeburúa y Becoña (2000):

La demostración experimental de la eficacia de los procedimientos terapéuticos se ha convertido actualmente en un objetivo prioritario. Las razones son varias:

- a) La debilidad y la multiplicidad de los modelos teóricos no ajenas al divorcio creciente entre el mundo académico y la realidad clínica;
- b) La demanda social de tratamientos eficaces y
- c) El objetivo prioritario de los terapeutas de mejorar a los pacientes de forma más efectiva.

La tarea de crear una sexología basada en la evidencia echa por tierra el objetivo (de las décadas del 50 y del 60) de las luchas entre escuelas, modelos u orientaciones teóricas, de querer demostrar, si una era más eficaz que las otras. El objetivo de la sexología basada en la evidencia es poder demostrar cuáles tratamientos en concreto (bien definidos operacionalmente, explicando minuciosamente sus técnicas y la forma de ponerlas en práctica) son eficaces, efectivos y eficientes:

- *Eficaces*: Por medio de investigaciones controladas deben demostrar que les sirven a los consultantes.
- *Efectivos*: De gran utilidad en la práctica clínica.
- *Eficientes*: Que ahorren tiempo y dinero en comparación con otros tratamientos.

Esto servirá tanto al profesional experimentado (que, a veces, encerrado en su oficina está lejos de los nuevos desarrollos científicos), como al joven profesional (que viene con teorías nuevas, pero no tiene experiencia). Es fundamental obtener información acerca de cuáles tratamientos son más adecuados para la problemática que el sexólogo terapeuta se propone tratar. En definitiva, es el tema que plantearon Fernández Hermida y Pérez Álvarez (2001): ¿Qué tratamiento es más eficaz, para este paciente, con este problema y en estas condiciones?

En 2001, Labrador y Crespo desarrollaron un estudio muy completo de lo realizado hasta este momento acerca de los trabajos científicos en sexología. Ellos concluyeron:

El informe preliminar de la TFPDPP (1995) incluía entre los tratamientos empíricamente validados, en concreto, entre los señalados como *tratamientos bien establecidos*, en el caso de las

disfunciones sexuales, la terapia de conducta para la disfunción orgásmica femenina y para la disfunción eréctil masculina. Se pueden citar como evidencia de la eficacia los trabajos de LoPiccolo y Stock (1986) y Auerbach y Killmann (1977).

En el informe de Chambless et al. (1998) se incluyen entre los tratamientos empíricamente validados, en concreto entre los tratamientos probablemente eficaces, los siguientes:

- Aproximación de tratamiento combinado de Hurlbert para el bajo deseo sexual femenino (Hurlbert, White, Powell y Apt, 1993).
- Terapia sexual de Masters y Johnson para la disfunción orgásmica femenina (Everaerd y Dekker, 1981).
- Combinación de terapia sexual y marital de Zimmer para el bajo deseo sexual femenino (Zimmer, 1987).

Parece, entonces, que existen tratamientos psicológicos cuya eficacia ya se considera empíricamente validada para las disfunciones sexuales, aunque ciertamente son pocos y solo para algunas de las disfunciones. Esto no quiere necesariamente decir que no existan otros tratamientos eficaces para estos problemas, solo que no han demostrado aún empírica e inequívocamente su eficacia. Sin embargo, las revisiones de O'Donohue, Dopke y Swingen (1997), O'Donohue y Geer (1993) y O'Donohue, Swingen, Dopke y Regev (1999) sobre disfunciones sexuales femeninas y masculinas, cuestionaron estas consideraciones.

En el artículo "Psychotherapy for female sexual dysfunction: A review" (O'Donohue, Dopke, & Swingen, 1997) revisaron todos los artículos en las bases de datos desde 1970 sobre tratamiento psicológico de las disfunciones sexuales femeninas y, entre ellos, seleccionaron los que al menos cumplieron dos criterios, a su juicio condiciones mínimas, que permitan una interpretación significativa de los resultados obtenidos: (a) La asignación aleatoria de los sujetos (participantes) a las condiciones experimentales (tratamientos) y (b) al menos un grupo de comparación (o una condición de comparación en los diseños de caso único).

De acuerdo con sus informaciones, aproximadamente el 80% de los estudios encontrados no reunía estas condiciones, la mayoría por no incluir un grupo de comparación. En consecuencia, se incluyeron en la revisión solo los 21 estudios que cumplían esas condiciones y sus conclusiones no parecen muy alentadoras (O'Donohue, Dopke y Swingen, 1997, p. 561):

Los resultados de esta revisión, también, revelan que no hay tratamiento alguno para ninguna de las disfunciones sexuales femeninas que se haya mostrado como bien establecido, de acuerdo con las especificaciones de la *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* (1995). Esta conclusión, sorprendentemente, no es consistente con el informe de la *Task Force*. Este informe señala que 'la terapia conductual para la disfunción orgásmica femenina' está bien establecido. Sin embargo, no cita dos estudios utilizando manuales de tratamiento que muestren que el tratamiento es más efectivo que el placebo u otro tratamiento. Más bien, simplemente, cita una revisión (LoPiccolo y Stock, 1986).

En su trabajo posterior, "Psychotherapy for male sexual dysfunction: A review" (O'Donohue et al., 1999), revisaron los trabajos existentes desde 1970 sobre intervención psicológica en disfunciones sexuales masculinas. Solo 19 de los 98 trabajos publicados reunieron los criterios mínimos de inclusión arriba señalados, y tras su revisión las conclusiones fueron similares:

Siguiendo esos criterios [los de la Task Force de 1995], nuestra revisión revela que no existen tratamientos bien establecidos para las disfunciones sexuales masculinas. Esto contradice el informe de la propia Task Force que afirma que en trastornos masculinos de la erección está bien establecido. Irónicamente, de los dos artículos que cita la Task Force para apoyar su conclusión, uno es una revisión (LoPiccolo y Stock, 1986) y el otro es un estudio controlado que no informa del uso de un manual de tratamiento (Auerbach y Kilmann, 1977). Es evidente que estos trabajos citados como evidencia científica no reúnen los propios criterios de la Task Force para considerar un tratamiento como bien establecido (p. 623).

No obstante, poco después señalan que, “a pesar de la escasez de investigación consistente en el área de la psicoterapia para las disfunciones sexuales masculinas, los profesionales continúan manteniendo su eficacia [terapéutica]” (p. 623).

Otras revisiones importantes, como las de Rosen y Leiblum (1995) y la de Segraves y Althof (1998), aunque menos rigurosas, insisten en esta línea de resaltar los serios problemas metodológicos que tienen la mayor parte de las investigaciones sobre tratamientos psicológicos de las disfunciones sexuales. Además, ambas resaltan la progresiva importancia que están tomando en este ámbito de actuación clínica los acercamientos médicos y biológicos en general: “Comenzando en los años ochenta, sin embargo, la investigación y la práctica en terapia sexual se ha centrado de forma progresiva en el papel de los factores orgánicos y biomédicos” (Rosen y Leiblum, 1995, p. 877) y que “a partir de mediados de los ochenta se desarrolla la actual era de la Psicobiología. Esta época se distingue por la medicalización (Tiefer, 1995) de los acercamientos terapéuticos, principalmente para las disfunciones sexuales masculinas” (Segraves y Althof, 1998, p. 449).

Los estudios realizados evidencian que no queda clara la situación acerca de tratamientos eficaces en terapia sexual sin trastornos físicos. Faltan trabajos que cumplan las condiciones metodológicas necesarias y que contrasten de forma empírica que existen tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones. Algo mejor se ha conseguido con los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos, aunque estos tampoco tienen un seguimiento adecuado ni la cantidad de casos necesarios, ni muestras aceptables científicamente.

Que no se haya comprobado empíricamente, no significa que no existan tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. Tampoco se ha comprobado científicamente que estos sean ineficaces. Continuamente, hay personas que buscan tratamientos para sus problemáticas en el ejercicio de su sexualidad y parecería que un alto porcentaje mejoran, aunque no encontremos trabajos que prueben con seriedad su eficiencia. Como sabemos, la aplicación de los tratamientos está en manos de los sexólogos clínicos que son en su mayoría psicólogos que se han especializado en sexología y, al parecer, ni estos ni las instituciones a las que pertenecen se han interesado como debieran en constatar empíricamente su eficacia y eficiencia.

En cambio, los tratamientos para las disfunciones con causas orgánicas están en su mayoría en manos de sexólogos clínicos, que son médicos urólogos o psiquiatras, cuyas investigaciones están en la mayor parte de los casos subsidiadas económicamente por laboratorios farmacéuticos. De hecho, cantidad de veces son los mismos laboratorios que promueven y ayudan económicamente para que se realicen esas investigaciones. En terapias sexuales psicológicas, pocas veces este tipo de estudios son subsidiados, porque sus conclusiones no aportan ganancias a alguna institución comercial.

Es difícil, también, que instituciones universitarias las subsidien, pues casi no hay cátedras de

sexología en las universidades, ni se puede obtener la especialidad de sexólogo en la mayor parte de ellas. Todavía en el siglo XXI, la sexología sigue siendo tabú en los ámbitos académicos. Podríamos asegurar que en esta disciplina faltan investigadores que se dediquen a indagar lo que los clínicos hacen en sus consultorios frente a las disfunciones sexuales y otras problemáticas de la sexualidad cuando tienen causas psicológicas o sociales, pues los clínicos son más bien prácticos y no personas dedicadas a la investigación.

Es de suma urgencia, entonces, establecer en forma rigurosa definiciones operacionales de cada disfunción y de su sintomatología, como también de los problemas ocasionados por la violencia sexual, la diversidad sexual, la discriminación y la carencia de educación sexual. Será necesario, también, definir y delimitar los procedimientos diagnósticos para luego llegar a conclusiones acerca de si han mejorado, en qué medida lo han hecho, si han desaparecido totalmente o alguna de sus sintomatologías (con seguimientos adecuados) y si las desapariciones no ocurrieron de forma espontánea. Debemos definir, también, a qué llamamos “mejoras”.

Recordemos que algunas veces escuchamos en el consultorio relatos de pacientes que nos cuentan de alguna disfunción que tuvieron en el comienzo del ejercicio de su sexualidad y cuando comenzaron a vivir juntos con su pareja, o se casaron, o llegaron los hijos, estas remitieron de forma espontánea. Al respecto, Kinsey se interesó tanto por los problemas sexuales, entre otras cosas, porque al casarse no podía tener relaciones sexuales coitales a causa de un vaginismo de su esposa, que se fue solucionando sin tratamiento.

Si tomamos trabajos más recientes, al saltar de los de Labrador y Crespo a un libro publicado en el año 2012 *Medicina sexual basada en la evidencia: Encuentro argentino multidisciplinario* (Bertolino et al., 2012), no encontramos grandes diferencias de resultados, aunque entre uno y otro hayan pasado más de diez años. Dicen los autores:

Se puede señalar una serie de investigaciones bien controladas, que ponen de relieve la eficacia de los tratamientos psicosexológicos: los trabajos de Mohr y Beutler (1990), Seraves y Althof (1998), De Amicis, Goldberg, LoPiccolo, Friedman & Davies (1985) y Hawton, Catalan, Martin & Fagg (1986). Estos tipos de tratamiento incluyen intervenciones cognitivas, sistémicas y de comunicación personal. La mayoría de los tratamientos aplican paquetes multimodales que no permiten especificar la eficacia diferencial en sus distintos componentes. En general, los resultados son mejores en los hombres que presentan problemas secundarios que primarios (p. 33).

[...] Las tasas de eficacia en trabajos con un control metodológico adecuado oscilan desde el 53%, para un tratamiento basado solo en la comunicación (con la pareja) y con un contacto mínimo con el terapeuta, hasta el 90% para un tratamiento que incluya educación, entrenamiento en comunicación y habilidades sociales (p. 34).

Los diferentes procedimientos terapéuticos, médicos o quirúrgicos, cuyo objetivo fundamental es conseguir una buena erección, tienen una eficacia en general bien establecida, porque centran esta eficacia en la respuesta eréctil. No hay estudios que comparen la eficacia de estos procedimientos con las terapias sexuales, porque estos tratamientos médicos y/o quirúrgicos no evalúan otros factores que pueden provocar la disfunción eréctil (problemas de pareja, ansiedad, miedo a la intimidad, conducta de espectador, habilidades de comunicación e interacción sexual) (Rajman, Finger, Kusnetzoff, Lance, Rodríguez Baigorri, 2012) (p. 35).



Grasso, Sapetti, Rodolico, Lebel y Báez (2012) aportaron un resumen de técnicas de aprendizaje o reaprendizaje del control eyaculatorio utilizadas en cuanto a los tratamientos de la eyaculación precoz. Destacaron la disminución de la ansiedad, mejora de la comunicación diádica y la autoestima. Utilizaron para este fin: la educación e información sexual, la hipnosis, técnicas de relajación, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, focalización sensorial, entrenamiento para compartir fantasías y planificación de expectativas. Resumen que la escasa existencia de trabajos científicos estadísticamente significativos en cuanto a la validez de una sola técnica en particular avala la opinión generalizada de que el terapeuta debe implementar varias técnicas simultáneamente. Que muchos hombres responden mejor a un conjunto de técnicas que a procedimientos aislados y que algunos varones evolucionan favorablemente cuando la pareja es incluida y colabora activamente tanto en sesiones como en las sugerencias específicas por realizar fuera del consultorio. Concluyen, luego de revisar amplia bibliografía, que no existen trabajos de metanálisis ni de corroboración de estas técnicas.

Como parece desprenderse, también, de la revisión de estos trabajos, que en realidad puedo concluir (al igual que con la revisión de los anteriores), que hay un cierto consenso de que la terapia sexual ayuda a resolver los problemas de disfunciones sexuales masculinas, pero que no se sabe cuáles técnicas son mejores que otras, ni cuáles procedimientos son más eficaces y acortan el tiempo de tratamiento.

Al continuar la búsqueda, analicé el contenido de algunos de los *Catálogos latinoamericanos de publicaciones sexológicas* del Centro de Documentación y Publicaciones de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES) dirigidos por Andrés Flores Colombino (1998-2013), sin encontrar mejores resultados. El último tomo, el 15, año 2011-2013, contiene los trabajos que en este último período fueron presentados en los Congresos Latinoamericanos de Sexología, en el Congreso Mundial de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (septiembre 2013, Porto Alegre), en congresos locales (de cada país perteneciente a la Federación), entre los que se encuentra el Segundo Congreso Argentino de Sexología realizado por la Federación Sexológica Argentina y la Asociación Rosarina de Educación Sexual y Sexología en la ciudad de Rosario, Argentina, con más de 600 asistentes y alrededor de 80 trabajos y publicaciones latinoamericanas. Comprende lo más reciente y actualizado en Latinoamérica (más España y Portugal por pertenecer a FLASSES) e incluye este Catálogo los trabajos presentados al último congreso de FLASSES en Medellín, Colombia, en el año 2012.

Estos catálogos contienen 2,073 publicaciones de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Cuba, Ecuador, España, Guatemala, México, Paraguay, Perú, Portugal, Puerto Rico, Uruguay, Venezuela, etc. Argentina, Brasil, España, Uruguay y Venezuela son los países que aportaron mayor cantidad de trabajos.

No se encuentran allí tampoco ponencias o publicaciones en sexología basadas en la evidencia que cumplan con todos los requisitos metodológicos requeridos, salvo en el área de la sexología médica, referida a disfunciones sexuales y fármacos. No obstante, los contenidos en estos Catálogos latinoamericanos son trabajos interesantes de países de habla hispana que aportan mucho conocimiento a esta disciplina desde distintas miradas e intereses.

Más de la mitad se refiere a la *educación sexual* y desarrollan variadas técnicas para clases, cursos y talleres. Otros son encuestas acerca de la educación sexual, sus ámbitos. Hay trabajos sobre tratamientos de abuso sexual, de delincuentes sexuales, de violencia. También, sobre derechos sexuales, erotismo, pornografía, diversidad sexual, discriminación, importancia de las relaciones de pareja,

infidelidad, dificultades sexuales en la discapacidad y distintas enfermedades, sobre abortos y sus consecuencias. Distintas miradas acerca de las nuevas formas de sexualidad e intimidad. Muchos sobre disfunciones sexuales con causa física y psicológica. Algunos relacionan a la sexualidad con el arte, la literatura, los refranes, etc. Se reportan presentaciones acerca de la formación de los terapeutas y los educadores sexuales y, también, de la prevención en educación sexual frente a las nuevas tecnologías y el peligro que esto conlleva para niños y adolescentes.

Nuevamente, en este amplio estudio, no se hallan investigaciones rigurosas que aporten datos sobre eficiencia de técnicas terapéuticas o de distintos tipos de terapias psicológicas que puedan aplicarse a las disfunciones sexuales, aunque son de gran interés e importancia para la moderna sexología.

En una revisión exhaustiva de los ejemplares de la *Revista Latinoamericana de Sexología*, publicados desde 1986 al 2002 por la Sociedad Colombiana de Sexología, y que fue la revista oficial de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES), tampoco encontré publicado trabajos basados en la evidencia que den cuenta de cuáles tratamientos son mejores que otros para las disfunciones sexuales sin base orgánica.

En un trabajo recientemente publicado sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas para la disfunción sexual, que incluye una revisión sistemática y un metanálisis, Frühauf, Gerger, Schmidt, Munder & Barth (2013) publicaron que la investigación sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas es escasa y se carece de una revisión actualizada de los resultados de los estudios. Para suplir esta carencia, realizaron una revisión sistemática y metanálisis de todos los estudios disponibles entre 1980 y 2009 con el fin de examinar la eficacia de las intervenciones psicológicas para los pacientes con disfunción sexual. Se incluyeron en el metanálisis un total de 20 estudios controlados aleatorizados, que compararon la intervención psicológica con pacientes en una lista de espera. Encontraron que las intervenciones psicológicas eran eficaces para reducir la severidad de los síntomas en mujeres con deseo sexual hipoactivo y en aquellas con trastorno orgásmico. Su revisión sistemática concluyó que hay pocos estudios comparativos disponibles y que estos tienen una gran variabilidad de tamaño de efecto entre estudios. En conclusión, encontraron que las intervenciones psicológicas fueron las opciones de tratamiento más eficaces para la disfunción sexual. Sin embargo, la evidencia varía considerablemente entre los trastornos individualmente considerados. Existe en la actualidad buena evidencia para el caso del deseo sexual hipoactivo en mujeres y para el trastorno orgásmico femenino. Es necesario realizar más investigaciones acerca de las intervenciones psicológicas con otras disfunciones sexuales, sus efectos a largo plazo y la comparación de los efectos encontrados.

En estos últimos años, se destacaron los trabajos de *sexología médica* por encima de los que describen tratamientos psicológicos asociados a la terapia sexual. No obstante, la situación no ha cambiado: la cantidad de casos sigue siendo escasa, no en todos hay grupos de control, las definiciones no son operacionales y no se utiliza una metodología científica, ni cualitativa ni cuantitativa, que llene los requisitos para construir una sexología basada en la evidencia.

Las *terapias sexuales*, como señalé anteriormente, tienen como principal objetivo el alivio sintomático y el mejoramiento de la función sexual del paciente; por lo tanto, sus objetivos se encuentran focalizados a encontrar los obstáculos que impiden una sexualidad satisfactoria. Su innovación está en el suministro de información y la utilización de sugerencias específicas (tareas sexuales y comunicacionales) a realizar fuera de las sesiones. Los terapeutas sexuales sabemos que, si damos una tarea al

paciente, este tendrá seguramente algún tipo de dificultad para realizarla (como ocurre frecuentemente en los tratamientos). También, al dar una tarea, lo que estamos buscando es introducir un cambio en el sistema al señalar las pautas de interacción de la pareja y, ya sea que las hagan o no, nos develan aspectos estructurales o vinculares que a veces no aparecen en la comunicación verbal en el consultorio del terapeuta.

En el curso de estas terapias, se acostumbra a atender también otros conflictos psicológicos o familiares, así como los vínculos primarios o de pareja, pero siempre apuntando al objetivo principal: la remisión de los síntomas sexuales. El uso conjunto de técnicas corporales y vivenciales que acompañan a las sesiones terapéuticas centradas en la problemática sexual, sumado a una comprensión acerca de la aparición o persistencia del problema, constituye la especificidad y la efectividad de las llamadas *psicoterapias sexuales*.

### Conclusiones

La sexología basada en la evidencia está aún en sus comienzos. Faltan más investigaciones que corroboren la eficacia y la eficiencia de las técnicas que se están aplicando en las diferentes terapias. Para esto, es necesaria la formación de los sexólogos clínicos y educativos en las áreas de la investigación científica, como la obtención de subsidios para ello. Las universidades deberían incorporar en sus planes académicos la sexología como materia, dado la cantidad de personas que consultan por problemáticas sexuales y los esfuerzos que están realizando los sexólogos desde hace medio siglo en tratar de mejorarlas. Es urgente, también, la incorporación de la sexología para lograr más estudios y planes de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y otras consecuencias de un mal ejercicio de la sexualidad.

Mientras la sexología y la sexualidad sigan siendo un tema casi tabú, aún en las Facultades de Medicina y de Psicología, esta será una tarea difícil de llevar adelante. Solo desde la sexología médica ejercida por médicos urólogos, ginecólogos y hasta psiquiatras (muchos de ellos con escasa formación en terapia sexológica de los problemas sexuales de origen psicológico) se reportan trabajos basados en la evidencia. Estos tienen que ver, como desarrollé antes, con causas física o efectos de medicamentos.

Desde la Psicología, también, se reportan trabajos científicos que aportarían a una sexología basada en la evidencia; sin embargo, estos trabajos fueron realizados en su mayoría por psicólogos no especializados en sexología.

Como explicité al comienzo de este trabajo, la sexología es una ciencia incómoda y lo seguirá siendo, mientras no se puedan ver y pensar los genitales como una parte del cuerpo humano tan aceptable como las otras partes y al ejercicio de la genitalidad como una conducta respetable. Este ejercicio es un comportamiento normal y vital que compromete lo biológico, lo psicológico y lo social de las personas. Además, las relaciones sexuales (coitales o no) son consideradas normales, mientras no provoquen daño a quien las ejerza ni a su pareja, mientras no fuercen a otro a realizar actos que no desea, y se den entre personas adultas y responsables de sus actos. Trabajar por una buena salud sexual y reproductiva, trabajar por la prevención de enfermedades de transmisión sexual, de violencia sexual y de género, de homofobia y la discriminación de la homoparentalidad, es trabajar por una mejor calidad de vida.

Es, en última instancia, trabajar para el desarrollo del amor, de los buenos vínculos, de una niñez sana, de una adultez responsable y cuidadosa y de los derechos humanos a la libertad y al placer. Es tra-

bajar por el respeto al otro, por la solidaridad y el mejoramiento de la especie humana. Por eso, son tan necesarios trabajos científicos que aporten a los sexólogos clínicos y educativos mejores elementos y herramientas para su desenvolvimiento profesional y una educación sexual científica que no solo prevenga los factores de riesgo, sino que también trabaje para crear factores de protección que son los que en última instancia formarán personas resilientes, con una autoestima que les permita cuidarse y respetarse.

## Referencias

- Acuña de Figueroa, F. E. (1922). *Nomenclatura y apología del carajo*. Montevideo, Uruguay: Claudio García.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV*. Washington, D.C., US: Author.
- Anmuth, L. y Villalonga, M. (2011). *La rutina sexual en la pareja*. Rosario, Argentina: Asociación rosarina de estudio y asistencia psicológica. Recuperado de <http://www.areap.com.ar/articulo/esta-noche-no-la-rutina-y-el-deseo-sexual-en-la-pareja-0>
- Auerbach, R. & Kilmann, P. R. (1977). The effects of group systematic desensitization on secondary erectile failure. *Behavior Therapy*, 8(3), 330-339. doi: 10.1016/S0005-7894(77)80065-8
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(1), 51-65. doi: 10.1080/009262300278641
- Basson, R., Brotto, L. A., Laan, E., Redmond, G. & Utian, W. H. (2005, May). Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *Journal of Sexual Medicine*, 2(3), 291-300. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2005.20346.x
- Bertolino, V., Cenice, F., Helien, A., Nagelberg, A., Terradas, C. & Vazquez, J. (ed.) (2012). *Medicina sexual basada en la evidencia: Encuentro argentino multidisciplinario*. Buenos Aires, Argentina: Lilly.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., ..., & Woody, S. R. (1998, Winter). Update on empirical validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3-15. Recuperado de [http://homepage.psy.utexas.edu/HomePage/Group/telchlab/Powers\\_files/ValidatedTx.pdf](http://homepage.psy.utexas.edu/HomePage/Group/telchlab/Powers_files/ValidatedTx.pdf)
- De Amicis, L. A., Goldberg, D. C., LoPiccolo, J., Friedman, J. & Davies, L. (1985). Clinical follow-up of couple's treatment for sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 14(6), 467-489.
- Everaerd, W. & Dekker, J. (1981). A comparison of sex therapy and communication therapy: Couples complaining of orgasmic dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 7(4), 278-289. DOI: 10.1080/00926238108405429
- Eysenck, H. J. (1952, Oct). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 659-663. <http://dx.doi.org/10.1037/h0063633>
- Eysenck, H. J. (1959). *Estudio científico de la personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Eysenck, H. J. y Wilson, G. T. (1981). *Psicología del sexo*. Barcelona, España: Herder.
- Fernández Hermida, J. R. y Pérez Álvarez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13(3), 337-344. <http://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/view/7889/7753>
- Flores Colombino, A. (Coord.). (1998-2012). *Catálogos latinoamericanos de publicaciones sexológicas Tomos 11-15*. Montevideo, Uruguay: Centro de Documentación y Publicaciones de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual.
- Flores Colombino, A. (2000). *Disfunciones y terapias sexuales del 2000*. Montevideo, Uruguay: A&M.
- Freud, S. (1948). La feminidad. En S. Freud *Obras completas, Vol. 1* (pp. 839-851). Madrid, España: Biblioteca Nueva.

- 
- Frühau, S., Gerger, H., Schmidt, H. M., Munder, T. & Barth, J. (2013). Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 42(6), 915-933. doi: 10.1007/s10508-012-0062-0
- Granero, M. (1987). Diferencias entre mujeres orgásmicas y anorgásmicas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 19(1), 71-81.
- Granero, M. (1988). Técnicas sexuales y comportamentales para el tratamiento del vaginismo en mujeres casadas y solteras. *Revista Latinoamericana de Sexología*, 3(1), 55-66.
- Granero, M. (1990). Asertividad y disfunción eréctil secundaria total, una forma de terapia. *Revista Latinoamericana de Sexología*, 5, 55-61.
- Granero, M. (1994). La investigación sexológica: Asertividad y disfunciones sexuales. *Psicología Contemporánea*, 1(2), 74-79.
- Granero, M. C. e Impallari, J. (1990). Relación entre eyaculación precoz y ansiedad, temores, asertividad y otras dimensiones de la personalidad. *Revista Latinoamericana de Sexología*, 5, 303-315.
- Grasso, E., Sapetti, A., Rodolico, M. C., Lebel, D. y Báez, L. (2012). Eficacia de los tratamientos psicosexológicos en la eyaculación precoz. En V. Bertolino, F. Cenice, A. Helien, A. Nagelberg, C. Terradas & J. Vazquez (ed.) *Medicina sexual basada en la evidencia. Encuentro argentino multidisciplinario* (pp. 39-44). Buenos Aires, Argentina: Lilly.
- Hawton, K., Catalan, J., Martin, P. & Fagg, J. (1986). Long-term outcome of sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 24(6), 665-675. DOI: 10.1016/0005-7967(86)90062-8
- Hite, S. (2002). *El Informe Hite: estudio de la sexualidad femenina*. Madrid, España: Punto de Lectura.
- Impallari, J. y Granero, M. C. (1988). Antecedentes y relaciones entre formas de masturbación y tipos de fantasías en eyaculadores precoces y en personas con buen desempeño eyaculatorio (2º Informe). *Revista Latinoamericana de Sexología*, 3(1), 13-24.
- Kaplan, H. S. (1978). *Manual ilustrado de terapia sexual*. Buenos Aires, Argentina: Grijalbo.
- Kaplan, H. S. (1987). *Trastornos del deseo sexual*. Barcelona, España: Grijalbo.
- Kaplan, H. S. (1996a). *La nueva terapia sexual I*. Buenos Aires, Argentina: Alianza.
- Kaplan, H. S. (1996b). *La nueva terapia sexual II*. Buenos Aires, Argentina: Alianza.
- Kinsey, A., Pomeroy, W. B. & Martin, C. E. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia, US: Saunders.
- Kinsey, A., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia, US: Saunders.
- Krafft-Ebing von, R. (1886/1970). *Las psicopatías sexuales*. Panamá: Sagitario.
- Labrador F. J. y Crespo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*, 13(3), 428-441. Recuperado de <http://www.unioviedo.net/reunido/index.php/PST/article/view/7896/7760>
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Madrid, España: Dykinson.
- LoPiccolo, J. & Stock, W. E. (1986, April). Treatment of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 158-167. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.54.2.158>
- Masters, W. H. y Johnson V. E. (1967). *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires, Argentina: Intermédica.
- Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1972). *Incompetencia sexual humana*. Buenos Aires, Argentina: Intermédica.
- Masters, W. H. y Johnson V. E. (1995). *El vínculo del placer*. México: Grijalbo Mondadori.



- Mohr, D. C. & Beutler, L. E. (1990). Erectile dysfunction: A review of diagnostic and treatment procedures. *Clinical Psychology Review*, 10(1), 123-150. DOI: 10.1016/0272-7358(90)90110-V
- Musso, J. R. (1985). Terapias sexuales y terapias comportamentales: reflexiones epistemológicas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 17(1), 113-119.
- Musso, J. R. (1989). Las terapias sexuales: paradigma de las psicoterapias. *Revista Latinoamericana de Sexología*, 4, 127-150.
- Musso, J. R. (1990). Las conductas sexuales desadaptativas: ¿disfuncionales o no disfuncionales? *Revista Latinoamericana de Sexología*, 5, 251-259.
- O'Donohue, W. T., Dopke, C. A. & Swingen, D. N. (1997). Psychotherapy for female sexual dysfunction: A review. *Clinical Psychology Review*, 17(5), 537-566. DOI: 10.1016/S0272-7358(97)00013-5
- O'Donohue, W. T. y Geer, J. H. (Eds.) (1993). *Handbook of the Assessment and Treatment of the Sexual Dysfunctions*. Boston, US: Allyn & Bacon.
- O'Donohue, W. T., Swingen, D. M., Dopke, C. A. y Regev, L. G. (1999). Psychotherapy for male sexual dysfunction: A review. *Clinical Psychology Review*, 19(5), 591-630. DOI: 10.1016/S0272-7358(98)00063-4
- Rajman, M., Finger, L., Kusnetzoff, J. C., Lance, J., Rodriguez Baigorri, G. (2012). Eficacia de los tratamientos psicosexológicos de la disfunción eréctil. En V. Bertolino, F. Cenice, A. Helien, A. Nagelberg, C. Terradas & J. Vazquez (ed.), *Medicina sexual basada en la evidencia. Encuentro argentino multidisciplinario* (pp. 31-37). Buenos Aires, Argentina: Lilly.
- Rosen, R. C. & Leiblum, S. R. (1995, Dec). Treatment of sexual disorders in the 1990s: An integrated approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 877-890. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.63.6.877>
- Segraves, R. T. & Althof, S. (1998). Psychotherapy and pharmacotherapy of sexual dysfunction. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 447-471). New York, US: Oxford University Press.
- Tiefer, L. (1995). *Sex is not a natural act and other essays*. Boulder, Colorado, US: Westview.
- Zimmer, D. (1987). Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 13(3), 193-209. DOI: 10.1080/00926238708403892

Recibido 20 de agosto de 2014  
Revisión recibida 22 de octubre de 2014  
Aceptado 15 de noviembre de 2014

### Reseña de la autora

**Mirta Granero** es psicóloga y profesora universitaria de Psicología (títulos otorgados por la Universidad Nacional de Rosario, Argentina) y educadora sexual acreditada por el Comité Regional de Educación Sexual para América Latina y el Caribe (CRESALC, 1991), sexóloga clínica acreditada por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES, 1991) y la Federación Sexológica Argentina (FESEA, 2005), modificadora del comportamiento acreditada por la Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapias Cognitivo Comportamentales (ALAMOC, 1986), autora de los reglamentos de FLASSES para acreditaciones de educadores sexuales y sexólogos clínicos (1996), miembro del Comité de Acreditaciones de FLASSES, ex vicepresidenta de ALAMOC, miembro fundador y de honor de la Asociación Rosarina de Educación Sexual y Sexología (ARESS), primera vicepresidenta de FESEA, profesora titular e investigadora de la Universidad Nacional de Rosario en Argentina (1970-2013), miembro consultor y evaluador de investigaciones y proyectos de universidades nacionales de Argentina, directora del Instituto Kinsey de Sexología de Rosario, Argentina, y autora de numerosos trabajos de investigación en sexología y terapia cognitiva y profesora invitada en universidades de España, México, Colombia, Chile, Brasil, Uruguay, Cuba y Perú, entre otros.

Primera publicación en línea (*e-print*): 24 de diciembre de 2014