

# PSICOTERAPIA SEXUAL HOLONICA DE PAREJA

## UNA PROPUESTA DE INTEGRACION CONSTRUCTIVISTA

Mario Zumaya

Ensamble en Psicoterapia, S.C. Universidad La Salle.  
Insurgentes Sur 682-801. México 03100, D.F. México.

Eusebio Rubio

Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C. (AMSSAC)

César Velasco T.

Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C. (AMSSAC)

Sara K. Bridges

The University of Memphis, Tennessee, USA

---

*This article presents a systemic-constructivist approach to integrative sexual and couple psychotherapy that encourages in depth exploration of sexual meanings and their impact on the couple relationship. Reproductivity, gender, eroticism and interpersonal bonding as main aspects of sexuality are analyzed as different and interdependent systems, called holons, in the couple relationship. The ways of an holonic treatment are suggested and an exemple of its application is offered.*

---

Un terapeuta de pareja completo debe tener un conocimiento amplio de las técnicas de la terapia sexual de tal forma que pueda cambiar fácilmente de foco si la queja de la pareja que atiende así lo exige, en lugar de derivarlos a un terapeuta sexual (Sager, 1976). Dado que para las parejas su actividad sexual resulta ser una metáfora del tipo de relación que han establecido (Sager, 1982), sólo por medio de la integración de la terapia sexual y de pareja es posible dar una respuesta terapéutica a las dificultades de la vida a dos.

Sin embargo, esta integración de la terapia sexual y de pareja, ideal en la teoría, es relativamente poco común en la práctica. En lugar de ello, «tenemos a los terapeutas de pareja hablando mucho acerca de la intimidad pero no del sexo; a los

terapeutas sexuales hablando acerca del sexo pero no de la intimidad, y a los terapeutas familiares del todo silenciosos acerca de todo el asunto» (Hof, 1992). En vista de la carencia de una forma de tratamiento totalizante, las parejas que buscan ayuda terapéutica están en riesgo de ser atendidas en sólo una de las facetas de su problema, dejando otras áreas de su malestar sin ser atendidas por el terapeuta.

Nuestra meta en el presente trabajo es plantear un marco teórico constructivista-sistémico para la implementación de una terapia Holónica Sexo-Diádica, basada en nuestra experiencia como terapeutas en la Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC). Esta propuesta se plantea con la intención de postular una conceptualización teórica más amplia y coherente de las dificultades de la vida en pareja, una planificación de su tratamiento y una identificación más precisa de los resultados del mismo.

### **Limitaciones teóricas en la terapia sexual y de pareja tradicionales**

La falta de integración de las terapias sexual y de pareja es la resultante del modelo a través del cual se entiende la conducta. De acuerdo con Feixas (1992) sostenemos que este problema puede solventarse «si consideramos los problemas de pareja desde una perspectiva molar, a través de la cual el clínico observa amplias unidades psicológicas sin tratar de reducirlas a sus elementos constitutivos. El poner atención en sistemas más amplios en los niveles intra e interpersonales tiene relevancia tanto teórica como práctica en el tratamiento de los problemas sexuales y de pareja». En nuestra era postmoderna la influencia creciente del constructivismo y el construccionismo (con autores como Anderson, Goolishian & Winderman, 1986; White y Epston, 1993; Efran, Lukens y Lukens, 1994; Neimeyer and Mahoney, 1995; Feixas y Villegas, 1990; Manrique, 1994), implica un cambio sustancial en el enfoque tanto de la terapia individual como de pareja y de familia desde los patrones de conducta al estudio de los significados compartidos y al proceso mismo de su construcción, dado que se parte de la hipótesis fundamental que el mundo es construido por el observador (Maturana, 1987). En consecuencia, los constructivistas postulan que cualquier sistema organizado de conocimiento es inherentemente perspectivista y que cualquier área de conocimiento está abierta a una diversidad de posibles significados e interpretaciones alternativas (Neimeyer y Feixas, 1990). De este modo los seres humanos creamos nuestras propias realidades (Mahoney y Lyddon, 1988) tanto individuales como compartidas, construyendo los mitos, las premisas y paradigmas relacionales para interpretar y anticipar ese tipo de experiencias. Es por ello que nuestro trabajo en terapia sexual y de pareja se basa en el estudio y utilización terapéutica del significado compartido.

### **LA PERSPECTIVA HOLÓNICA**

Dentro de la perspectiva constructivista la Terapia Sexual Holónica (Rubio, 1983, 1984, 1992a, 1992b, 1994) plantea que la sexualidad es, fundamentalmente,

una abstracción; es decir, una forma de construir los hechos de manera tal que obtienen un significado sexual. Dado que la sexualidad se manifiesta en todos los niveles de la vida humana, su estudio requiere de una selección de un nivel de estudio molar. Este nivel está representado por la aproximación sistémica cuyas ideas centrales son: que todo sistema está constituido por elementos en interacción y que esos elementos interactuantes son sistemas en sí mismos.

Koestler acuñó el término “holón” en 1982 para referirse, según Wilber (1996), a “aquello que, siendo una totalidad en un contexto, es simultáneamente una parte en otro contexto; ese todo (o el contexto) puede determinar el significado y función de la parte. En otras palabras, la totalidad es más que la suma de sus partes, y ese todo puede influenciar y determinar en muchos casos la función de éstas. Ser parte de un todo mayor significa que ese todo proporciona un principio que no se encuentra en las partes aisladas, y ese principio permite que las partes se junten, se unifiquen, tengan algo en común, estén conectadas, de formas que simplemente no podrían estarlo por sí mismas. Tal como se emplea actualmente en psicología, en la teoría evolutiva y en la teoría de sistemas, una jerarquía es simplemente una escala de órdenes de sucesos de acuerdo a su capacidad holística. En cualquier secuencia de desarrollos, lo que es totalidad en un estadio se hace parte de un todo mayor en el estadio siguiente.

Así, la jerarquía normal es simplemente un orden de holones crecientes que representan un aumento de totalidad y capacidad integradora -desde átomos a moléculas y a células-. De esta manera, la jerarquía convierte las acumulaciones en totalidades, fragmentos inconexos en redes de interacción mutua. Cuando se dice que «el todo es mayor que la suma de sus partes», este «mayor» significa «jerarquía». Esta es la razón por lo que las jerarquías a menudo se dibujan como una serie de círculos concéntricos o esferas.

Los diversos estadios de crecimiento dentro de un sistema pueden describirse en un orden «lineal» de la misma forma que podemos escribir: bellota, planta de roble, roble. Los estadios de crecimiento no son causales o aleatorios sino que siguen algún tipo de pauta, pero llamar a este tipo de pauta «lineal» no implica en absoluto que los procesos mismos sean rígidos y unidireccionales; son interdependientes y complejamente interactivos. Finalmente la jerarquía es asimétrica, porque los procesos no ocurren a la inversa. Los niños crecen hasta hacerse adultos, pero no al revés.

Estas redes jerárquicas se despliegan necesariamente de forma secuencial o por niveles (estadios), porque primero tienen que tener moléculas, para después tener células, y después órganos, y después organismos complejos: todas ellas no aparecen en escena simultáneamente. En otras palabras, el crecimiento se da por etapas, y éstas, obviamente, están escalonadas en orden lógico y cronológico. Las estructuras más holísticas aparecen en una fase posterior del desarrollo porque han de esperar la emergencia de las partes que integrarán o unificarán, de la misma forma

que las frases completas surgen sólo después de que lo han hecho las palabras completas.

Algunas jerarquías implican un tipo de red de control. Como señala Robert Sperry, los niveles inferiores (lo que significa niveles menos holísticos) pueden influenciar a los superiores (o más holísticos) a través de lo que él llama «causación ascendente». Pero de igual importancia es, nos recuerda, que los niveles superiores pueden ejercer una poderosa influencia o control sobre los inferiores (la llamada «causación descendente»).

En cualquier secuencia de desarrollo o crecimiento, a medida que surge un estadio u holón más abarcante, incluye las capacidades, patrones y funcionamientos de la etapa anterior (de los holones previos), y entonces añade sus propias capacidades únicas (y más abarcantes). En este sentido, y sólo en este sentido, se puede decir que el nuevo holón es «más alto» o «más profundo». Los organismos incluyen células que incluyen moléculas, que incluyen átomos (pero no al revés).

El modelo de los Holones Sexuales ha sido desarrollado por E. Rubio (1994) en México. Señala que encontró en la Teoría General de Sistemas un marco conceptual que permite el desarrollo de conceptos que pueden ser aplicados de manera vertical, es decir, que se encuentran presentes en todos los niveles de la jerarquía y por lo tanto permiten su aplicabilidad general, independientemente del nivel de estudio que se elija. Cualquiera que sea el nivel que se desee estudiar, biológico, psicológico o socio-cultural, las características del sistema presentes en un nivel, por ejemplo el biológico, aparecerán en los otros: social, psicológico, etc. Desde este punto de vista, la sexualidad no puede ser vista como algo solamente biológico, psicológico o social. La sexualidad puede y debe ser estudiada mediante métodos provenientes de todas las disciplinas humanísticas, para poder aproximarnos a un conocimiento integral, para lo cual se necesitan conceptos o instrumentos de estudio que permitan el traslado de un nivel a otro (Velasco, 1996). De ahí que los Holones Sexuales, es decir, los subsistemas de la sexualidad, deben ser conceptos que conserven su aplicabilidad vertical; es decir, que les pueden ser aplicados diferentes metodologías de estudio provenientes de la antropología, la sociología, la biología, psicología, etc. Así, la sexualidad humana «es el resultado de la interacción, o falta de integración, de cuatro potencialidades humanas que dan origen a cuatro holones (o subsistemas) sexuales, a saber: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal (Rubio, 1994, op. cit)».

Siguiendo a Koestler(1982), Minuchin (1981) y Wilber (1996), usamos el término «holón» para referirnos a aquellas partes de un sistema que poseen la suficiente complejidad en su organización interna como para ser consideradas como totalidades en sí mismas. Mas aun, estos holones o subsistemas estarían incluidos en un sistema mayor que está formado por una multiplicidad de holones de tal forma que ninguno de ellos puede ser considerado como aislado de los demás. Esto significa que una parte es lo que pensamos que es sólo si consideramos sus

relaciones con otros subsistemas u holones del sistema mayor que estamos tratando de entender y explicar.

Más concretamente, proponemos focalizarnos en cuatro holones que conforman la sexualidad humana adulta: reproductividad, género, erotismo y vinculación afectiva interpersonal. Las complejidades internas de cada holón garantizan su derecho a ser estudiado como si se tratara de una entidad separada para facilitarnos su comprensión.

Sin embargo, no podemos comprender cabalmente ninguno de estos cuatro holones aislándolo de los otros. Esto quiere decir que la conducta sexual, su lenguaje, sueños, deseos y fantasías, cortejo, evitación y sus disfunciones no pueden ser adecuadamente explicados hasta que el contexto del significado erótico, las implicaciones de género, las resonancias vinculativas y reproductivas no sean incluidas en nuestra explicación. Cada holón sexual es el resultado de la formulación e integración de los constructos resultantes de las experiencias que el componente biológico de los holones nos ha llevado a vivir. De acuerdo a esto, existen cuatro potencialidades que, independientemente de su actualización, están en el origen de cada holón. Ellas son, en orden de aparición evolutiva:

#### **a) El Holón de la Reproductividad:**

*Llamamos holón de la reproductividad a la potencialidad humana de crear individuos similares pero no idénticos a aquellos que los crearon, así como los constructos mentales acerca de esta posibilidad.*

Por supuesto el tema de la reproductividad humana puede ser identificado inmediatamente con nuestra condición biológica y, en ese nivel, es en el que generalmente se le estudia. Sin embargo, la reproductividad humana es un holón sexual que tiene manifestaciones psicológicas y sociales de la mayor relevancia y no se limita únicamente al hecho biológico de la concepción, el embarazo y el parto. Desde el DNA y el acomodamiento de los genes en cromosomas hasta el estudio y conocimiento de los órganos reproductores y su funcionamiento, el logro de la reproducción sin la interacción erótica o la solución de los problemas que la impiden, constituyen su marco de estudio. El plano psicológico suele ser ignorado. Resulta claro observar cómo la función reproductora no termina con el nacimiento de un bebé. La función de maternaje y paternaje se prolonga muchos años después de poder considerar que ha finalizado el evento reproductivo. Algunas consideraciones psicológicas relativas al estudio de este holón tienen que ver, por ejemplo, con las consecuencias psicológicas de la infertilidad, la esterilidad y el proceso de adopción. En el plano sociológico, la reproductividad suele observarse a través de temas a estudiar como son la significación social del hecho reproductivo o de la anticoncepción. La institucionalización de una política reproductiva con base en hechos demográficos o en problemas sociales como los embarazos en adolescentes o el fenómeno del aborto, son la expresión socio-cultural de la reproductividad.

### **b) El holón del Género:**

*Llamamos holón de género a la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos masculinos y femeninos, así como las características de individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias.*

La dimensión humana del género impregna toda la existencia humana; es por medio del género que los grupos sociales realizan una multitud de interacciones. La identidad misma, es decir, el marco interno de referencia de nuestro ser, está constituida con el género como elemento central. La identidad de género es tan importante en el desarrollo del ser humano que, cuando no puede conformarse, el desarrollo completo sufre algunas alteraciones (Rubio, op. cit.). Por otra parte, a la expresión pública de nuestra identidad genérica se le llama papel o rol sexual o genérico. Cuando estos roles son estudiados en los grupos humanos, es posible la identificación de guiones que dictan lo que es esperado por el grupo en relación a las interacciones de género de los individuos que lo componen; es la sociedad como un todo la que regula estas interacciones en función de la conceptualización de dichos guiones. El género y su institucionalización en roles, estereotipos y guiones, es uno de los filtros más eficaces para la regulación del poder entre los seres humanos.

### **c) El holón del Erotismo:**

*Llamamos holón de erotismo al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera o displacentera de estas vivencias, así como las construcciones mentales acerca de tales experiencias*

El erotismo es un componente de la sexualidad que nos remite a la experiencias más comúnmente identificadas como sexuales. Para algunos sexualidad es igual a erotismo. Dentro de nuestros modelos de pensamiento el erotismo es uno más de los que conforman la sexualidad humana. Cuando hablamos de nuestras experiencias sexuales, casi siempre nos referimos a vivencias en las que se experimentan los cambios corporales que han hecho que los científicos afiliados al modelo empírico-positivista encuentren en la experiencia de excitación y orgasmo, la manera más eficiente de operacionalizar el concepto de conducta sexual. Otra vertiente de pensamiento identifica a lo erótico con el amor, debido a que la vivencia erótica está asociada frecuentemente con la experiencia amorosa; sin embargo, es posible que la vivencia erótica sea tenida en contextos en los que el amor no exista, por lo que para clarificar mejor los conceptos, es preferible identificar el erotismo con el componente placentero de las experiencias sexuales, tanto vividas en lo individual como en la interacción con el otro, y en las que se presentan los procesos de activación de la respuesta corporal y más específicamente genital, aunque hay que recordar que existen cambios en lugares tan lejanos de los genitales como el mismo cerebro. Al igual que con otros holones sexuales, el erotismo tiene niveles

de manifestación biológica francos, como lo son la erección o la lubricación vaginal, pero sus componentes mentales, especialmente los referidos a las representaciones y simbolizaciones, así como la significación social y su regulación, son los que hacen del erotismo una manifestación específicamente humana, cuya forma más adecuada de conceptualización sería el verlo como resultado de tres procesos fisiológicos interdependientes y concurrentes pero distintos: el deseo sexual, la excitación y el orgasmo (Kaplan, 1979)

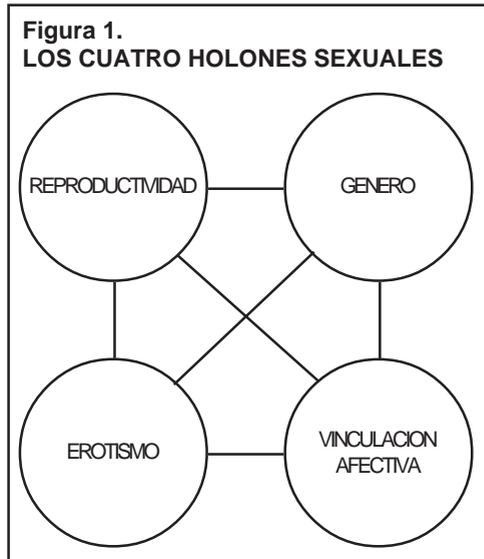
#### **d) El holón de la Vinculación Afectiva Interpersonal:**

*Llamamos holón de la Vinculación Afectiva Interpersonal a la capacidad humana de desarrollar afectos intensos ante la presencia o ausencia, accesibilidad o inaccesibilidad, de otro ser humano específico, así como las construcciones mentales, individuales o sociales que de ellos se derivan.*

Ninguna consideración sobre la sexualidad puede estar completa si no incluye el nivel de las vinculaciones afectivas entre los seres humanos. El desarrollo de éstos es el resultado de la manera particular en la que la especie humana ha evolucionado: a mayor tiempo de desarrollo mayor necesidad de cuidado. Así, una vez rotos los vínculos físicos prenatales la presencia de afectos intensos relacionados con él o los otros se constituye como una forma de garantizar el cuidado y, con él, el desarrollo. La forma más reconocida de vinculación humana es el amor, sin embargo se le puede dar este calificativo a formas de vinculación completamente distintas entre sí. Por amor se entiende tanto la necesidad imperiosa de contar con la presencia de alguien como también el dar la vida por otro; se le llama amor tanto al gozo que produce ver al ser querido feliz, como el dolor que nos produce su abandono. Esta situación plantea problemas conceptuales que pueden resolverse si identificamos el componente indispensable de todas estas situaciones, es decir, la resonancia afectiva intensa. Es ésta la que se hace presente debido a la interacción de los significados de los otros holones. Los seres humanos nos vinculamos gracias a que los afectos provocados por los otros son lo suficientemente intensos para intentar mantenerlos o evitarlos. El amor sería la forma ideal de vinculación. El estudio de las vinculaciones afectivas entre los seres humanos tiene contenidos en varios niveles, en los que los otros holones también se manifiestan. Por ejemplo, en la actualidad ya se han identificado respuestas biológicas específicas en los procesos de vinculación, como la producción de opioides endógenos en el proceso de enamoramiento; la sociedad regula los patrones de vinculación, apoyando unos y reprimiendo otros, como las relaciones incestuosas.

Así, cada holón tiene niveles de estructura y organización tanto biológicos como mentales, pero para la labor psicoterapéutica es el nivel mental el que resulta más relevante. En éste los holones están constituidos por conjuntos de constructos que representan la experiencia como es percibida, así como una evaluación de lo que debería ser. Por ejemplo, la idea «soy un hombre» es una ecuación de constructos

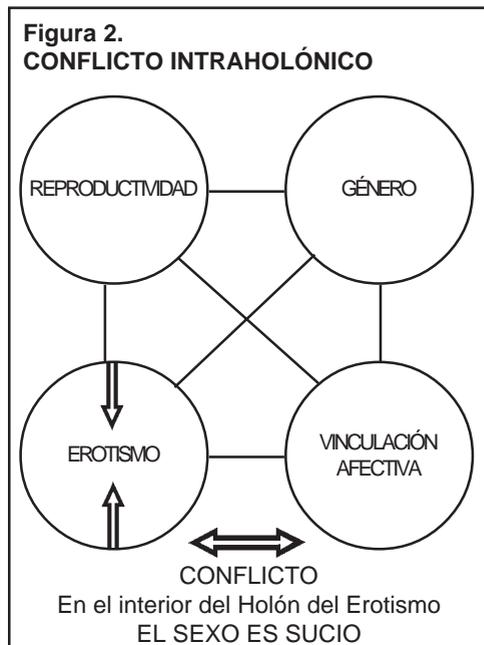
constituidos en el holón de género. La idea «le puedo mostrar a esta mujer que soy suficientemente «hombre», en términos de desempeño sexual, porque ella es «mi mujer», representa una serie mucho más compleja de constructos que nos enseña la integración de, al menos, tres holones: género, erotismo y vinculación. Este ejemplo muestra también la forma en que se logra la integración: el significado en un holón está siempre relacionado con el significado en los otros holones y es esta integración la que determinará la forma en que cada individuo siente y se comporta sexualmente. (Fig. 1)



## APLICACIONES CLÍNICAS DEL MODELO HOLÓNICO

Desde un punto de vista clínico la elaboración anterior sería de un valor limitado si no identificáramos los conjuntos de características que llevarían a la disfunción sexual; conjuntos que pueden ser modificados en una terapia holónica sexual y de pareja. Los más significativos de ellos son los llamados *integración con conflicto*, *integración centralizada* y *falta de integración*.

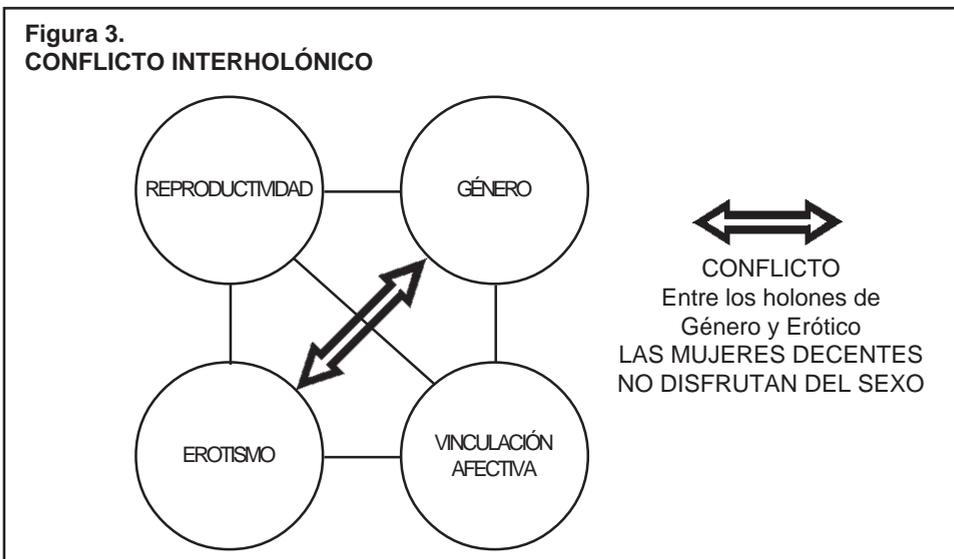
**A) Integración con conflicto:** está referida a los casos que involucran una de dos posibilidades. La primera de ellas (Figura 2) describe el **Conflicto Intraholónico** o el conflicto al interior del holón, como en la anorgasmia cuando la incapacidad de una determinada mujer para alcanzar el orgasmo es el resultado de la culpa (conflicto) que experimenta con el placer sexual; en cuyo caso el conflicto se encuentra únicamente en el holón erótico.



*El ginecólogo de María la remitió a la psicoterapia debido a un dolor*

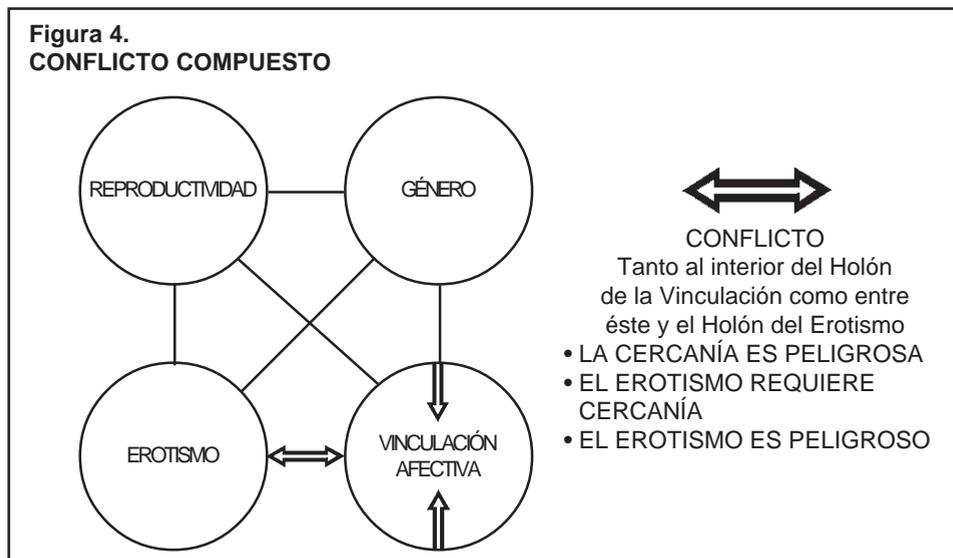
*uterino que no se podía explicar médicamente. María relató que «el sexo era sucio», y se angustiaba y se sentía culpable cada vez que se excitaba, lo que interfería la consecución del orgasmo. Debido a que la anorgasmia puede derivar en dolor uterino, el terapeuta de María indagó acerca de sus experiencias orgásmicas. Las respuestas de María indicaron que nunca había llegado a experimentar un orgasmo. Cada vez que empezaba a «sentirse bien», interrumpía cualquier estimulación que pudiera conducirle a un orgasmo.*

El segundo caso (figura 3) involucra el **Conflicto Interholónico** o conflicto entre dos o más holones, por ejemplo, cuando la consultante asume que «las mujeres decentes no disfrutan de las sensaciones genitales»; aquí el conflicto está entre los holones del género y del erotismo.



*Después de varias relaciones fracasada, María mantiene una relación con David desde hace seis meses. Según ella, David la hace más feliz de lo que hubiera imaginado que podría ser, y, de hecho, está empezando a experimentar una atracción sexual hacia él. A pesar de todo, teme que él la deje cuando descubra (o ella se descubra) que no es una «buena mujer» a causa de sus pensamientos y sentimientos «pecaminosos». Desde su perspectiva de su rol como mujer y esposa, cree que las «mujeres decentes» no deben disfrutar con el sexo, y que David no querría a una prostituta como mujer. Por esta razón, María teme que está condenada a pasar la vida sola.*

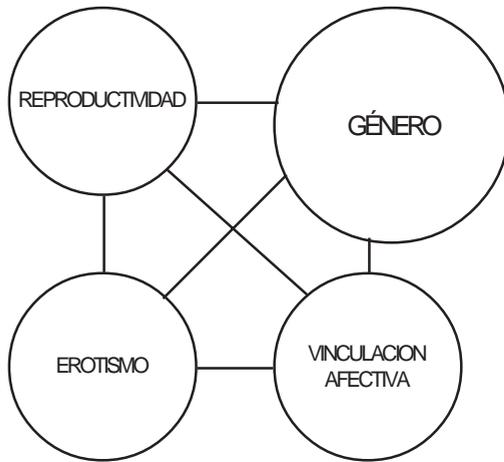
Los *Conflictos Compuestos* (figura 4) son también posibles como cuando alguien concluye que «la cercanía es peligrosa, el erotismo requiere cercanía, por lo tanto el erotismo es una experiencia peligrosa».. Así, existe un conflicto intraholónico a nivel del holón vinculativo así como un conflicto interholónico entre éste y el del erotismo. Con el resultado final de una insatisfactoria e inadecuada experiencia erótica.



*María experimentaba tanto un conflicto intraholónico en el holón del erotismo (asociando de forma subjetiva el deseo sexual con la «suciedad») como un conflicto interholónico entre los holones de género y de erotismo (su construcción del género de mujer pura era incompatible con sus experiencias de deseo sexual). En este caso, un conflicto interholónico agravaba el conflicto intraholónico, reforzando una dinámica ya difícil de por sí.*

**B) La Integración Centralizada** (Figura 5) se refiere a aquellos casos en los que uno de los holones adquiere preponderancia sobre los demás. Por ejemplo, un hombre puede conformar su identidad genérica de manera tal que ésta se convierte en primordial y casi único marco de referencia para todas las experiencias con significado sexual, como resultado de presiones sociales desarrolla un sentido de masculinidad que excluye conductas sexuales receptivas placenteras por ser consideradas «femeninas», y en la cual la expresión abierta de sentimientos de ternura es definida como signo de debilidad y negación de la virilidad.

**Figura 5.**  
**INTEGRACIÓN CENTRALIZADA**



**CENTRALIZACIÓN**

El Holón de Género  
es "CENTRAL"

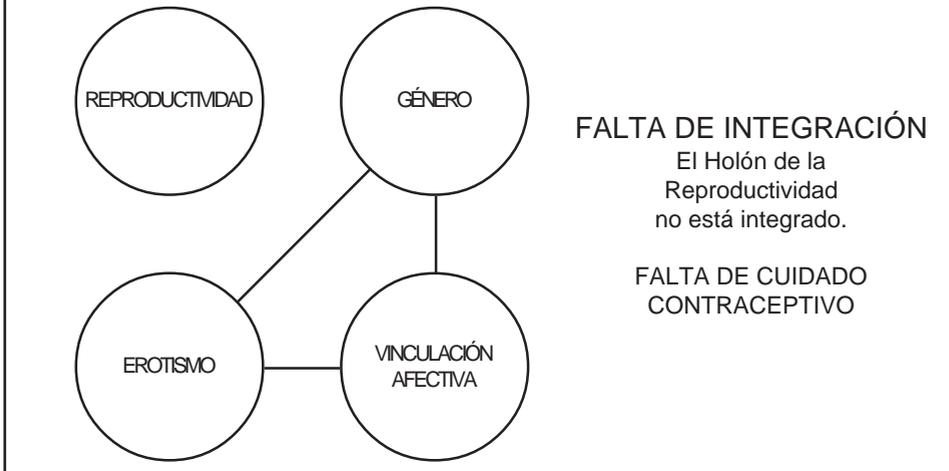
HAY QUE SER  
MUY HOMBRE

*Con anterioridad a la relación con David, María mantuvo una relación con Juan durante dos años. Explicó que Juan la empujó a hacer el amor el primer día que salieron juntos y que pocas veces mostraba afecto durante las relaciones sexuales. Si en general Juan ya prestaba poca atención a sus sentimientos, esto se hacía todavía más patente durante la actividad sexual. Durante las relaciones, él se mostraba muy agresivo y «macho», y la trataba como si fuera un a prostituta. Además Juan tenía por costumbre alardear delante de sus amigos de sus destrezas sexuales y de su conquista. Por eso, la integración centralizada de Juan en el holón del género le impedía experimentar la actividad sexual con María como un aspecto recíproco y amoroso de su relación, marginando de esta manera los holones del erotismo y de la relación interpersonal.*

C) Finalmente, la **Falta de Integración** (Figura 6) se refiere al desarrollo mínimo de un holón dado o a la desconexión de ese holón con uno o más de los otros. Un ejemplo ilustrativo es la experiencia de la sexualidad durante la adolescencia que típicamente no se acompaña del desarrollo y la integración del holón de la reproductividad. En términos llanos los adolescentes no toman en serio la posibilidad de que ser padres es algo que pudiera sucederle a ellos como consecuencia de tener relaciones sexuales.

*María experimentaba dolores uterinos y molestias durante la penetración en la época en que se la remitió a la psicoterapia. María expresó su deseo de desempeñar el papel de compañera devota en su relación amorosa con*

**Figura 6.**  
**FALTA DE INTEGRACIÓN**



*David (holón de la relación interpersonal) y, últimamente, tener y educar niños dentro de esta relación (holón de la reproducción). Además, ambos objetivos eran compatibles con su definición cultural de la feminidad madura/adulta (holón de género). Sin embargo, para María era imposible integrar el deseo erótico en este sistema de significados, conduciéndola a la resolución insatisfactoria de emplazar el placer erótico «fuera de los límites» en su definición de sí misma o de su relación sexual con David. Sus sentimientos de deseo durante las relaciones sexuales agrandaban el muro que había interpuesto entre el deseo emocional y físico, provocando que interrumpiera de forma abrupta la actividad sexual. A medida que aprendió a reconocer esta dinámica perniciosa durante el transcurso de la psicoterapia, empezó a buscar alternativas a esta solución de compromiso insostenible.*

### **APLICACIONES DE LA PERSPECTIVA HOLÓNICA**

Después de delinear sumariamente las bases de la conceptualización holónica del funcionamiento sexual, estamos en disposición de considerar su utilización en el tratamiento psicológico que considere tanto los aspectos sexuales como no sexuales de las relaciones de pareja. Al hacerlo nos hallamos especialmente inclinados a fundamentar este tipo de enfoque terapéutico sobre la concepción y las estrategias constructivistas, derivadas particularmente de la teoría de los constructos personales de Kelly (1955) y de sus posteriores ampliaciones a cargo de Feixas (1992) y Neimeyer & Neimeyer (1994).

El postulado fundamental que subyace a la mayoría de tratamientos tradicio-

nales en terapia sexual es que existen una serie de experiencias estructuradas y diseñadas para el tratamiento de las disfunciones sexuales y no sexuales de la pareja; sin embargo, éstas se implementan a la manera de «recetas de cocina» o manuales de «hágalo usted mismo», lo que da por resultado tratamientos más largos y/o fallidos, cuando se desconoce la estructura de significado sexual. Desde la perspectiva holónica no se está tratando de diseñar experiencias nuevas sino racionalizar su uso de la misma manera que, utilizando una metáfora un tanto gruesa, en medicina se puede prescribir un antibiótico sin antes haber realizado un cultivo que nos informe de qué gérmenes específicos (su estructura y organización) son los causantes de la infección con el conocido resultado de que el paciente se «cura», el germen se hace resistente al tratamiento, o el paciente se complica y eventualmente pasa a mejor vida.

Así pues, el estudio de la historia personal del paciente utilizando los holones como líneas de desarrollo y de las características del problema sexual del paciente, nos provee de la suficiente información para formular los niveles de conflicto, la centralización y la calidad de la integración y, de hecho de la vía de entrada más accesible hacia la reestructuración de los elementos de la sexualidad de nuestro(s) consultante(s) que requieren de modificación para que la disfunción desaparezca. Por otra parte, el empleo de la metodología de la psicología de los constructos personales por medio de escalamientos, «rejillas», auto-caracterizaciones y «corbatinas sistémicas», nos permite conocer la estructura y organización del sistema de constructos, mismo que es el que da lugar a la problemática clínica y a su deseable resolución cuando el equipo formado por los consultantes y el terapeuta lo han comprendido cabalmente.

En la figura 7 se muestra esquemática y condensadamente la formulación precedente. (Véase pág. sig.).

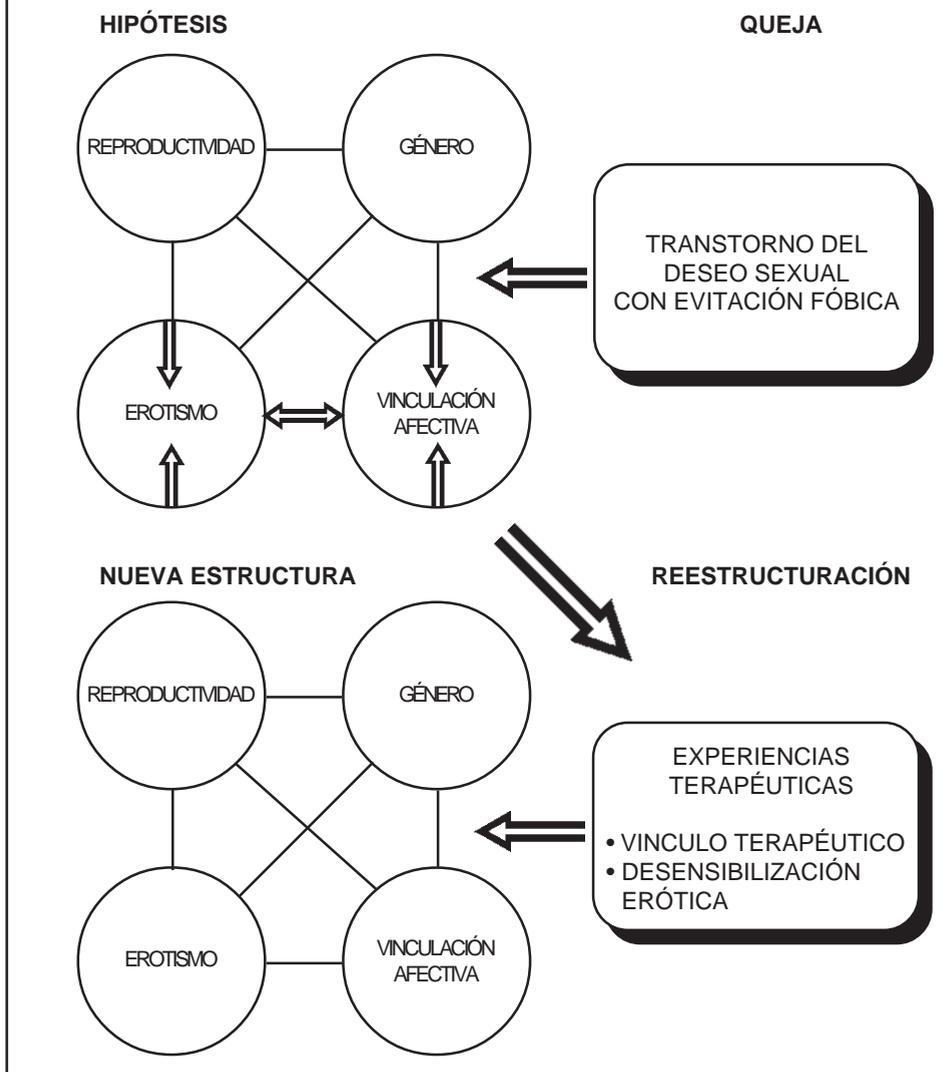
### **Una Propuesta Constructivista de Integración.**

Como el mismo Kelly (1976/1980) argumentaba: a diferencia de muchas de las teorías de la personalidad, la Psicología de los Constructos Personales no está limitada a ninguna técnica psicoterapéutica. Pretende la orquestación de varias técnicas de acuerdo al conocimiento que tenga el terapeuta de la variedad y naturaleza de los procesos psicológicos por medio de los cuales sus consultantes intentan lograr sus metas personales.

La teoría de los constructos personales propone que las relaciones interpersonales se buscan para definir y amplificar el sistema de comprensión de la experiencia y para compartir, por medio del lenguaje y la narrativa, algunos aspectos comunes en nuestra construcción del mundo en concordancia con nuestros referentes culturales (Neimeyer, R., Brooks, y Baker, 1995).

En relación a la pareja y el matrimonio, Kelly (1955, p. 523) propuso que «un hombre (o mujer) escogerá casarse si piensa que el matrimonio le dará la oportuni-

**Figura 7.**  
**EL PROCESO**



dad de expandir y asegurar su sistema anticipatorio». Así, un matrimonio satisfactorio requiere de que ambos cónyuges nutran y expandan la forma en que su compañera(o) entiende el mundo. Si esto no ocurre, las parejas experimentarán un estado de parálisis o conflicto que impide sus intentos personales para involucrarse en proyectos vitales más satisfactorios.

Desde esta perspectiva el matrimonio representa «una forma esencial de

compañerismo íntimo en la cual dos científicos personales (*en el sentido de plantear y comprobar constructos o hipótesis*, cursiva nuestra) desarrollan una estrecha colaboración en relación a la unificación de los proyectos vitales» (Neimeyer y Hudson, 1985, p. 129). La insatisfacción dentro de la pareja puede ser entendida como la ruptura de esa colaboración. La meta primaria en la terapia de pareja será, por tanto, la revitalización de la relación de forma tal que pueda colaborar de manera apropiada y satisfactoria en el desarrollo de sus proyectos cruciales. Revitalizar a la pareja implica la reestructuración de las *relaciones de rol* de la pareja incluyendo aquellas que conciernen a la sexualidad.

Kelly (1955, p. 93) define la *relación de rol* como «aquél patrón de actividad que resulta de la comprensión por parte de la persona de cómo piensan las otras personas asociadas con él en una tarea». Si él o ella son capaces de comprender los procesos de construcción del otro, pueden desarrollar la relación de rol de manera tal que el proceso de construcción de ambos se interconecte de un modo típico de su relación en particular. Así, en una relación de rol ambos reconocen al otro como un agente que valida o no sus constructos mutuos (Landfield, 1988).

Dentro del marco conceptual de la Psicología de los Constructos Personales (PCP), Cummings (1992) ha propuesto que la sexualidad representa la validación física de una relación de rol. Desde su punto de vista, la conducta sexual tiene varios propósitos, puede incluir la validación del atractivo, la madurez, el rol genérico de la pareja sexual, simbolizar su relación de compromiso con un estilo de vida, servir como medio para obtener ciertas ganancias materiales o como un relajante de la tensión.

Una de las primeras consecuencias de integrar la visión holónica de la sexualidad con las consideraciones constructivistas previas, es que permite una búsqueda más ordenada y completa de los propósitos de la conducta sexual del equipo consultantes-terapeuta; es decir, que de acuerdo a la organización particular en una persona de los holones sexuales, un acto sexual puede tener diferentes propósitos y significados. Por ejemplo, dentro del holón del género todos los significados y propósitos podrán estar referidos a la validación y confirmación de la identidad personal y de la identidad de género, la cual es de hecho una parte central de la identidad personal. Sin embargo, desde la perspectiva holónica se hace perentorio recordar o tomar en consideración que para un entendimiento cabal de las motivaciones personales particulares de la conducta sexual, uno debe tomar en consideración otras áreas de significado: ¿cuál es la función de las sensaciones placenteras en la conducta de ésta persona?, ¿cuál la resonancia de su conducta para el vínculo, o la ausencia de éste, con la persona con la que experimenta la actividad sexual?, ¿dónde se encuentra localizada la anticoncepción en todo este esquema? o, en otro caso, ¿cuáles son las implicaciones de la maternidad o paternidad ?.

Dado que la sexualidad es un aspecto central de la socialización, resulta obvio que los constructos alrededor del éxito o el fracaso sexuales son de la mayor

relevancia para nuestro sentido de identidad y el significado que nos atribuimos como seres sexuales. Así, resulta extraño e inapropiado que la mayoría de los tratamientos de las disfunciones sexuales sean «extraspectivos» (Rychlak, 1968), dado que entienden los problemas de los consultantes en términos de un esquema impuesto por el terapeuta, es decir, externamente.

En la construcción de dichos problemas, los clínicos han reemplazado las metáforas peyorativas como «impotencia» o «frigidez», por términos mecanicistas como «disfunción de la erección u orgásmica». Pensamos que existen problemas muy serios en la aplicación clínica de las etiquetas diagnósticas definidas externamente. La implicación de que alguien con «disfunción eréctil» deba responder a las técnicas diseñadas para esa disfunción en particular es, desafortunadamente, un supuesto ampliamente aceptado que en muchas instancias determina las fallas de los tratamientos. Los terapeutas raramente ponen atención a la construcción o interpretación que los consultantes han hecho de sus problemas sexuales. La misma etiqueta diagnóstica, por ejemplo «eyaculación precoz», puede corresponder a variadas formulaciones e integraciones holónicas diferentes en dos personas distintas. En contraste, la aproximación constructivista holónica es «introspectiva» (Winter, 1988), ya que está primariamente interesada por los significados personales que los consultantes se han formulado acerca de sus dificultades sexuales y, en consecuencia, asume que la reconstrucción de tal significado es un prerequisite indispensable para el cambio terapéutico.

Trabajar como terapeuta sexual o de pareja implica el entrelazamiento teórico y práctico de ambos campos, dado que los aspectos sexuales y no sexuales de la relación de pareja reproducen un proceso de construcción continuo, simultáneo e interactivo en el cual uno enriquece o deteriora al otro y viceversa.

El supuesto básico que subyace a la mayoría de técnicas de terapia sexual con parejas es que existen una serie de disfunciones sexuales que pueden ser tratadas con ejercicios específicos. Tales ejercicios vienen recetados como si de aplicar una serie de recetas de cocina se tratara, a través de prescripciones del propio terapeuta o de manuales estandarizados. Pero tales tratamientos pueden fracasar si el clínico no toma en consideración los significados que para los pacientes puedan hallarse implicados en su problemática de pareja.

Desde nuestra perspectiva no estamos interesados en desarrollar una nueva terapia sexual para las parejas, sino en comprender el significado de las estructuras sexuales que subyacen a las dificultades sexuales. Proceder diversamente es como recetar un antibiótico sin llevar a cabo un cultivo del tipo de gérmenes responsables de la infección. Por ejemplo prescribir a María una serie de ejercicios automasturbatorios a fin de promover el contacto con su propio cuerpo puede ser bien intencionado, pero podría entrar en conflicto con su estructura inter e intraholónica. Por este motivo describir un mapa de sus conflictos holónicos y en general de su sistema de significados personales que se hallan implicados resulta esencial

para desarrollar este tipo de intervención.

De este tipo de estudio podemos colegir la información suficiente para entender los niveles de conflicto, la presencia o la falta de centralización o de integración o de ambos. En este intento nos puede resultar igualmente útil llegar a una visión más amplia de todo su sistema de constructos. Todo ello puede ilustrarse en el caso de María: A nivel de proceso la noción de amenaza como un cambio inminente y generalizado en el núcleo de significados del self (Kelly, 1955) resulta aplicable a su caso como indicativo de cambio hacia una identidad más sexualizada. Pero esta nueva identidad puede entrar en contraste con la distinción dicotómica entre mujeres «puras» vs. «pecaminosas», característico de la falta de integración del holón erótico

La perspectiva constructivista puede resultar también útil para comprender la dinámica interpersonal que sustenta el conflicto sexual. En el caso de María la relación desagraciada con Juan, podría tildarse de «hostil» en términos kellianos, y agresiva por parte de él, al entenderla como centrada exclusivamente en la demostración de su virilidad. En contraposición la voluntad de David de implicarse en una relación genuina con María, haciéndose cargo de sus dificultades le había de permitir empezar a explorar sus restricciones sexuales y las alternativas a las mismas por medio de la terapia de pareja.

En resumen una conceptualización holónica de la sexualidad centra su atención en los componentes de la sexualidad: género, eroticismo, reproducción y vinculación afectiva, como partes de un sistema holónico más amplio. Pensamos que este sistema puede ser utilizado y aplicado a temas más amplios que los de la terapia sexual en la pareja. Para finalizar nos gustaría referir otro caso con una explicación más detallada de sus características, de su tratamiento y de su seguimiento completo.

### **El caso de los (ex)esposos José y Eugenia**

José y Eugenia llegaron a consulta en 1994 con la queja de que él nunca había podido mantener una erección el suficiente tiempo para poder penetrarla. En ese momento se encontraban separados y era la primera vez que acudía a tratamiento como pareja.

#### ***La historia individual:***

A) José, 34 años, estudió la carrera de Derecho sin finalizarla. Actualmente trabaja como agente de ventas para una compañía internacional. Miembro de un familia de clase baja. El padre es obrero, descrito como estricto, autoritario, frío, muy responsable y trabajador. La madre dedicada al hogar, descrita como sumisa, débil, cariñosa y responsable de su casa. José siempre se vivió como una persona tímida que sin embargo destacó, siempre, por sus cualidades como corredor de carreras de fondo; sin embargo e invariablemente, cuando se trataba de una

competencia importante y estaba en posibilidad de ganar y tenía conciencia de ello, perdía «la fuerza en la las piernas», viéndose obligado a abandonar la carrera con el consiguiente sentimiento de frustración y la perpetuación de la idea de ser incapaz de lograr lo que deseaba. Algo similar le ocurrió con su carrera universitaria la cual abandonó, en parte, por dificultades económicas y por otro por la idea de que tarde o temprano «la habría de dejar» ya que era incapaz de terminar las cosas. Hasta antes de conocer a Eugenia no tuvo ninguna relación de pareja significativa; su vida sexual consistía en masturbarse tres o cuatro veces por semana con mucha ansiedad de ser sorprendido, además de experimentar sentimientos de culpa por lo que hacía y miedo a sufrir las consecuencias que dicha práctica tendría en su cuerpo. En una ocasión fue llevado por un tío a un prostíbulo para que se «estrenara» sexualmente. Recuerda haberse sentido muy angustiado por no saber cómo tendría que comportarse y «quedar mal». No pudo lograr la erección ni eyacular, hecho que lo hizo sentirse «muy apenado» aunque comenta que, en realidad, el hecho no tuvo mucha importancia.

B) Eugenia, 33 años, cirujano dentista, actualmente trabaja en su consultorio privado con discreto éxito. Procede de una familia de clase media baja; el padre es empleado público y dueño de vehículos de transporte, alcohólico crónico, es descrito como muy estricto, de mal carácter, poco afectuoso y muy trabajador. La madre falleció hace 5 años víctima de cáncer de mama y descrita como dedicada al hogar, débil, siempre deprimida y afectuosa con los hijos, más con los varones que con las mujeres. Eugenia siempre pensó ser una mujer poco atractiva, tonta y muy tímida. Siempre fue una estudiante mediocre pero constante. Eligió su carrera porque «estaba de moda», habitualmente tenía dificultades en el trato con los pacientes y experimentaba la sensación de no ser una buena profesional, siendo hasta hace poco tiempo que se decidió a trabajar la jornada completa para ayudar a José económicamente. Antes de conocer a José tuvo dos novios con los que duró poco tiempo. Su vida sexual se limitaba a masturbarse de manera muy ocasional sin intentar la penetración consiguiendo el orgasmo siempre con facilidad pero teniendo después un gran sentimiento de culpa.

### ***La historia de la pareja:***

Se conocieron en 1982 cuando ambos estaban estudiando en la misma escuela preparatoria. Un mes después de conocerse se hicieron novios, el noviazgo duró 9 años y durante ese periodo de tiempo tuvieron muy pocos problemas, sólo una vez estuvieron separados debido a que ella bailó con el novio de su hermana, situación que a José le pareció inaceptable. A las dos semanas Eugenia habló con el padre de José provocando que él hiciera ver a su hijo su error y por lo tanto la buscara y continuara con la relación. Durante el noviazgo se veían cada semana ya que José pensaba que la relación no debía interferir con sus estudios, el trabajo y su carrera atlética, además de que los padres de Eugenia se oponían a la relación ya que

consideraban a José «poca cosa», aunque Eugenia se rebelara ante ellos. Su vida sexual en pareja se inició a los 3 años de relación y consistía en caricias, en ocasiones hasta el orgasmo; en una sola ocasión intentaron la penetración vaginal pero desistieron por temor a un posible embarazo. Decidieron planear su boda cuando Eugenia acabó su carrera y José dejó su carrera atlética, unos 5 meses antes de la ceremonia José empieza a sentir pánico de no poder con el «paquete». Al tomar la decisión de casarse deciden también tener relaciones sexuales completas y es cuando José inicia con su imposibilidad para lograr una erección suficiente para penetrarla; por esos días José escucha a un hombre quien decía tener impotencia, llegando a la conclusión de que padecía lo mismo. Eugenia recuerda haberse sentido desconcertada y molesta, sin poder explicarse qué era lo que le sucedía a José. Pocos días después vuelven a intentar la penetración siendo la experiencia muy frustrante ya que el resultado fue peor. Después de ello dejaron de intentarlo ya que además, solamente, lo hacían en casa de José cuando se podían quedar solos, lo cual era poco frecuente. José dice que a veces pensaba en ir a un hotel, pero le daba mucho miedo ya que Eugenia se podría enojar con él, los podría ver alguien conocido e incluso los podría asaltar y ahorcar, por lo que ni siquiera se lo comentaba a ella. Eugenia agrega que ni siquiera se les ocurría la posibilidad de utilizar algún método anticonceptivo.

José comenta que sentía pánico ante el problema y pensaba que éste era a consecuencia de haberse masturbado mucho, de acuerdo con lo que le dijo un sacerdote a quien consultó. Uno de sus hermanos, a quien le comentó el problema, le dijo que seguramente era una cuestión mental y que debía de volver a practicarlo para que desapareciera.

Después de casarse fueron a vivir a casa de los padres de José, éste comenta que le causaba mucho sufrimiento el pensar que nunca podría mantener a Eugenia y que cuando ella lo descubriera lo dejaría. Después de la boda el problema sexual no se modificó tomando José una actitud, según Eugenia, de franco desinterés que a ella le causaba mucho enojo y confusión. Presionado por Eugenia, José empieza buscar ayuda profesional, primero con un urólogo quien le dijo que lo que tenía era un varicocele y operándose se resolvería el problema. José supuso que este hombre era un «pillo» y consulta a otro urólogo quien le comenta que no tiene ningún problema físico sino psíquico y debiera consultar a un psiquiatra para resolverlo. Acude entonces a una consulta psiquiátrica y, aunque se siente bien al poder hablar, no regresa ya que no podría pagar el tratamiento y pensaba que no estaba loco para recibir ese tipo de ayuda, además tiene la idea de que él solo tendría que resolver el problema.

Estos intentos de ayuda tuvieron lugar en los 6 primeros meses de su matrimonio y a partir de esa fecha él se negó a continuar buscando ayuda. Ocasionalmente tenía contacto sexual que consistía en masturbación mutua preferentemente buscados por ella, ya que él no tenía deseo debido a que cada vez que

estaban juntos se hacía evidente el problema. La relación de pareja se fue deteriorando progresivamente y a los dos años de matrimonio José decide, un día, desesperado irse de su casa. Sin avisar a nadie se dirige a una ciudad cercana a la de México en donde se queda una semana. Eugenia se marcha a casa de sus padres, quienes reclaman a los de José que intervengan llegando incluso a amenazar con iniciar un proceso legal en su contra. José regresa y se refugia en casa de una de sus hermanas y no es hasta que su padre lo obliga que él decide enfrentar la situación. Una semana más tarde se reúnen las dos familias suscitándose una situación con gran violencia verbal decidiéndose la separación. Durante ese tiempo José tuvo una relación de pareja con una mujer a quien él sentía como muy superior en términos culturales y económicos con la que sí llegó a tener relaciones sexuales completas en la mayor parte de las ocasiones, pero con la que decidió terminar la relación cuando sintió que le exigía cada vez mayor atención y además que él pensaba que nunca podría darle lo que ella merecía. Por su parte Eugenia salió con dos o tres amigos pero sin establecer ningún tipo de vínculo más cercano con ellos, dedicándose también a realizar los trámites para lograr la anulación del matrimonio religioso, a lo que accede José con franco desinterés. A los dos años de separación José se decide buscarla para iniciar los trámites de divorcio y así no tener más problemas con ella. Eugenia accede a reunirse con él y, sin embargo, resuelven reiniciar la relación con la condición impuesta por Eugenia de que sólo sería así si él volvía a buscar ayuda profesional para su problema y decidiendo seguir viviendo separados. Tres meses después acuden a consulta a AMSSAC tras escuchar hablar en una antena de radio sobre los servicios de la clínica.

***El diagnóstico sexológico*** de acuerdo al DSM-IV (1994):

En José: trastorno masculino de la erección, secundaria situacional. Probable trastorno de aversión sexual.

En Eugenia: aparentemente sin disfunción.

Conceptualización y Diagnóstico Holónico: la historia clínica orienta, en José, y de acuerdo con la teoría de los holones a lo siguiente: la dificultad estriba en un conflicto intraholónico a nivel del holón del género y entre éste y el holón del vínculo y el del erotismo lo que tiene por consecuencia, por una parte baja autoestima, conductas de autosabotaje e incapacidad para asumir el rol sexual por la presencia de ansiedad de desempeño; y por la otra los síntomas de la disfunción sexual, respectivamente. Además de un pobre desarrollo en el holón de la reproductividad ejemplificado por la escasa conciencia de la posibilidad de embarazo. En Eugenia, dado que el consultante identificado era José, y que en ella no se hacía aparente una disfunción no se podía más que especular.

## *El Tratamiento*

José y Eugenia decidieron tomar el tratamiento como la última oportunidad para su relación y si los terapeutas llegaban a la conclusión de que no había solución, se divorciarían. El tratamiento incluyó, en un principio, experiencias estructuradas individuales de imagen corporal y autoerotismo en ambos, para luego pasar a experiencias estructuradas en pareja del tipo de focalización sensorial con resultados consistentes pero lentos. En este momento decidimos cambiar el foco terapéutico hacia la relación misma de pareja a través de intentar, a lo largo de 5 sesiones, el logro de una comprensión mutua de la forma de conceptualizar la problemática individual y compartida utilizando metáforas «totalizantes» como, en José, su incapacidad para «ganar las competencias importantes» y el «enmudecimiento» crónico de Eugenia para plantear sentimientos que ella misma invalidaba, de ésta manera ambos estaban de acuerdo en descalificarse individualmente y confirmar un sistema de construcción anticipatorio que garantizaba la perpetuación de su incapacidad básica para amarse a sí mismos y ser amados, estar solos y lograr una intimidad satisfactoria. De ésta manera la narrativa común pasó de ser una de desesperanza a otra que incorporaba el humor y la posibilidad de «ganar las competencias» y «decir con el cuerpo», respectivamente. No nos fue posible haber aplicado en esta fase del tratamiento «rejillas» (*Repertory Grid*, Neimeyer y Neimeyer, 1993; o *Rep Test* en su forma original, Kelly, 1955), pero sí «corbatinas sistémicas» (*Systemic bowties*, Procter, 1981, 1987) que no indicaron a nosotros y, sobretodo, a ellos la correlación y entrelazamiento entre su conducta explícita y los constructos, interpretaciones o hipótesis subyacentes a ella.

Cuando José fue capaz de lograr la erección y el orgasmo en presencia de Eugenia, se decidió intentar la penetración con muchas dificultades en un inicio; cuando José logró la erección y pudo ya intentar la penetración, ésta fue imposible debido a la contractura de los músculos perivaginales de Eugenia. Tras un periodo de un mes sin que se lograran resultados se hizo el diagnóstico de (según DSM-IV) vaginismo primario situacional, ya que era ella capaz de penetrarse sola digitalmente. Entonces el tratamiento sexológico se enfocó a la solución de la disfunción de Eugenia que, desde el punto de vista holónico, consistía en: conflicto intraholónico en el holón del vínculo, caracterizado por relaciones superficiales, pobres y poco afectuosas con sus padres en principio y, por extensión, hacia sus parejas especialmente José, experimentando sentimientos intensos de miedo y desconfianza por la posibilidad de ser lastimada emocionalmente por ellos. Concurrentemente existía otro conflicto intraholónico, pero menos importante, en el holón del género caracterizado por baja autoestima y, por otra parte, conflicto interholónico entre los anteriores y el del erotismo manifestado esto en la disfunción sexual en sí misma. Al igual que José, un desarrollo escaso del holón de la reproductividad.

A los 18 meses de iniciado el proceso terapéutico regresaron a vivir juntos, ahora en un apartamento propio que decidieron comprar; dos meses después de lo

anterior se logró la penetración vaginal sin dificultades para ambos y, de manera constante por lo que se decidió el alta. Sin embargo, ocho meses después, solicitaron una nueva consulta a raíz de la reaparición del problema de erección de José. Al evaluar la situación salió a la luz que la disfunción retornó cuando decidieron buscar un embarazo, regresando también el sentimiento de pánico de José a no poder enfrentar el hecho de la paternidad y la idea de no poder darle a Eugenia y al bebé lo necesario.

Así las cosas se decidió intentar de nuevo las experiencias estructuradas que se habían utilizado al inicio de su tratamiento con resultados muy pobres durante tres o cuatro meses por lo que se eligió la opción del uso de Alprostadil intracavernoso para asegurar la penetración y, de esa manera, romper con la ansiedad de desempeño de ambos en el momento de la interacción erótica, obteniéndose resultados espectaculares en términos de la erección desde un inicio, pero con muchas dificultades de José para poder lograr el orgasmo intravaginalmente, no atribuibles al medicamento, pero a la larga esto también desapareció aunque, hasta la fecha, José no ha podido inyectarse por sí mismo por temor a lastimarse, haciéndose cargo Eugenia.

En este momento fue posible la elaboración de «rejillas» a ambos, que fueron analizadas mediante el programa *Récord* (Feixas y Cornejo, 1992) y, de manera muy global y meramente descriptiva, encontramos en Eugenia que la interpretación del mundo se realizaba a través de un eje principal que consideraba hasta el 58.78% de su problemática en términos de un constructo elaborado en su forma original como «antojadiza vs. educada para comer» (Eugenia mostraba un sobrepeso del 35% sobre el ideal) y que a mayor elaboración podía ser entendido como «capacidad para el disfrute vs. no merecerlo»; por otra parte la correlación YO-IDEAL era de -0.539, YO-OTROS de 0.381 y IDEAL-OTROS de -0.354 lo cual «sugiere un perfil de negatividad y pesimismo. Tanto el *Self*, como los Otros son vistos negativamente. Pero al no verse distinto de los demás, éste pesimismo no va acompañado necesariamente de un gran sufrimiento, sino que le queda el consuelo de verse igual que los otros» (Feixas y Cornejo, op. cit.).

En José la rejilla mostró que el eje problemático, que contaba para un 45.69% de su conflictiva, estaba constituido por el constructo «sensato vs. arrebatado» que a mayor elaboración significaba «controlado y responsable vs. arrojado e irresponsable». Las correlaciones YO-IDEAL, YO-OTROS e IDEAL-OTROS, eran de -0.273, 0.658 y -0.139. Así, y de manera menos acentuada, José compartía con Eugenia un «perfil de negatividad». De la misma manera ambos mostraron, siguiendo la sugerencia de Adams-Webber (1979) la «complejidad cognitiva» en ambos pudiera ubicarse en un perfil de «baja diferenciación, alta integración, en el que el sujeto actúa con pocas dimensiones a la hora de comprender y anticipar los acontecimientos. Su capacidad predictiva se ve limitada a las pocas dimensiones que posee, y sus juicios suelen ser monolíticos del tipo «todo o nada». Se asocia a

los trastornos tradicionalmente conocidos como neuróticos, especialmente a los obsesivos compulsivos, aunque también puede denotar una persona simple, pero sana» (Feixas y Cornejo, op. cit.).

Actualmente han podido tener relaciones sexuales completas y satisfactoria sin la inyección logrando la eyaculación intravaginal en todas las ocasiones, calificando ambos a su relación de pareja como «mejor que nunca». En términos personales José ha tenido un desempeño laboral notablemente exitoso que le ha llevado, incluso, a tener reconocimientos.

## CONCLUSIONES

1. La integración de las psicoterapias sexual y de pareja no es sólo deseable sino posible por medio de la adopción de una conceptualización sistémico-constructivista para lograr el entendimiento de la relación de pareja y su sexualidad.

2. Este enfoque constructivista-sistémico está representado por la perspectiva holónica que nos permite conceptualizar la vida sexual de la pareja y su problemática en términos de varios sistemas de constructos a los que llamamos holones.

3. Proponemos a la Psicología de los Constructos Personales como el enfoque más sistematizado para el logro de esta empresa integrativa; sus postulados metateóricos y su teoría clínica nos permite una comprensión más amplia de la pareja humana en términos de su relación de rol y su sexualidad como la (in)validación de ésta relación de rol, así como la implementación de un repertorio de estrategias, tácticas y dispositivos técnicos.

---

*Este artículo plantea la psicoterapia sexual y de pareja de una forma integradora, desde una perspectiva constructivista y sistémica. Desarrolla a este propósito el concepto de holón, como conjunto de varios sistemas de constructos, relativos a la dimensión reproductiva, de género, erótica y de vinculación afectiva de la sexualidad. Ofrece sugerencias para un tratamiento integral y ejemplifica su aplicación con un caso en el que se combinan la terapia sexual y la de pareja*

**Nota Editorial:** Este artículo se basa en el original remitido a nuestra Revista por Mario Zumaya en 1997, al que se le han añadido algunas ilustraciones y comentarios, a la vez que suprimido algún apartado, de acuerdo con una versión más reciente del mismo, publicado en el *Journal of Constructivist Psychology* 12: 185-209, 1999, con el título «*A constructivist approach to sex therapy with couples*». Agradecemos el permiso del autor y del editor para estas modificaciones.

## Referencias bibliográficas:

- ADAMS-WEBBER, J.R. (1979). *Personal Construct Theory: Concepts and Applications*. New York: Wiley. En G. Feixas y J.M. Cornejo (1992), *Manual de la Técnica de Rejilla mediante el programa RECORD*. Madrid: TEA Ediciones.
- ALLEN, D.M. (1988). *Unifying individual and family therapies*. San Francisco: Jossey-Bass.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*. Washington: APA.
- ANDERSON, H., GOOLISHIAN, H.A., & WINDERMAN, L. (1986). Problem determined systems: Towards transformation in family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5 (4), 1-14.
- ANDERSON (1990). *Reality isn't what is used to be*. New York: Free Press.
- BATESON, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.
- BERGER, P., & LUCKMAN, T. (1966). *The social construction of reality*. New York: Irvington.
- BOSCOLO, L., CECCHIN, G., HOFFMAN, L., & PENN, P. (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. New York: Basic Books.
- CAILLE, P. (1989). L'individu dans le système. *Thérapie Familiale*, 10, 205-209.
- CUMMINGS, P. (1992). Reconstructing the Experience of Sexual Abuse. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 5 (3), 355-365
- DOHERTY, W.J. (1989). Oil and vinegar or oil and water? The quest for mutuality in individual and family therapies. *Journal of Family Psychology*, 2, 386-395.
- EFRAN, J.S., LUKENS, M.D., & LUKENS, R.J. (1994). *Lenguaje, Estructura y Cambio. La estructuración del sentido en psicoterapia*. Barcelona: Gedisa.
- FEIXAS, G. (1990). Approaching the individual, approaching the system: A constructivist model for integrative psychotherapy. *Journal of Family Psychology*, 4, 4-35.
- FEIXAS, G., & VILLEGAS, M. (1990). *Constructivismo y Psicoterapia*. Barcelona: PPU.
- FEIXAS, G. (1992). Personal Construct Approaches to Family Therapy. In R.A. Neimeyer & G.J. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct psychology*. Vol. 2: 214-255. Greenwich, CT: JAI Press.
- FEIXAS, G., & CORNEJO, J.M. (1992). *Manual de la Técnica de Rejilla Mediante el Programa Record*. Madrid: TEA Ediciones.
- GERGEN, K.J., & GERGEN, M.M. (1983). The social construction of narrative accounts. In K.J. Gergen & M.M. Gergen (Eds.), *Historical social psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- GOLDFRIED, M.R., & WACHTEL, P.L. (1987). Clinical and conceptual issues in psychotherapy integration: A dialogue. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 131-144.
- HOF, L. (1992). What's sex got to do with it. *Family Ther News* 23 (1), 1-2.
- HOWARD, G.S. (1990). Narrative psychotherapy. In J.K. Zeig & W.M. Munion (Eds.), *What is psychotherapy?*. San Francisco: Jossey-Bass.
- KAPLAN, H. (1979). *Disorders of Sexual Desire, and other new concepts and techniques in sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- KEENEY, B. (1983). *The aesthetics of change*. New York: Guilford.
- KELLY, G.A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton.
- KELLY, G.A. (1969). Man's constructions of his alternatives. In B. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly*. Huntington, NY: Robert. E. Krieger.
- KELLY, G. A. (1969). The psychotherapeutic relationship. In B. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality*. New York: Wiley.

- KELLY, G.A. (1973). Fixed role therapy. In R.M. Jerjevic (Ed.), *Direct psychotherapy: 28 American originals*. Coral Gables, FL: University of Miami Press.
- KELLY, G.A. (1967/1980). A psychology of the optimal man. In A.R. Mahrer (Ed.), *The goals of psychotherapy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. Reprinted in A.W. Landfield & L.M. Leitner (Eds.), *Personal construct psychology*. New York: Wiley.
- KOESTLER, A. (1982). *En busca de lo absoluto*. Barcelona: Kairós.
- LAKATOS, I. (1974). Falsification and the methodology of scientific research programmes. In I. Lakatos & A. MUSGRAVE (Eds.), *Criticism and the growth of knowledge*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- MAHONEY, M. (1988). Constructive Metatheory: I. Basic Features and Historical Foundations. *International Journal of Personal Constructs Psychology*, 1, 1-35.
- MAHONEY, M.J., & LYDDON, W.J. (1988). Recent developments in cognitive approaches to counselling and psychotherapy. *Counselling Psychologist*, 16, 190-234.
- MANRIQUE, R. (1994). *La Psicoterapia Como Conversación Crítica*. Madrid: Libertarias/Proudhufi.
- MATURANA, H. (1987). The biological foundations of self-consciousness and the physical domain of existence. In E. Caianiello (Ed.), *Physics of cognitive processes*. Singapore: World Scientific.
- MINUCHIN, S. & FISHMAN, H.C. (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambridge: Harvard University Press.
- NATHANSON, M. (1963). *The philosophy of the social sciences*. New York: Random House.
- NEIMEYER, G.J. & Neimeyer, R.A. (1981) Personal construct perspectives on cognitive assessment. In T. Merluzzi, C. Glass, & M. Genest (Eds.), *Cognitive assessment*. New York: Guilford.
- NEIMEYER, G.J. (1985). Personal Constructs in the Counselling of Couples. In F. Epting & A.W. Landfield (Eds.), *Anticipating Personal Construct Theory*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- NEIMEYER, R.A. (1986). Personal construct therapy. In W. Dryden & W.L. Golden (Eds.), *Cognitive behavioral approaches to psychotherapy*. London: Harper & Row.
- NEIMEYER, G.J. (1987). Personal construct therapy. In R.A. Neimeyer & G.J. Neimeyer (Eds.), *Personal construct therapy casebook*. New York: Springer.
- NEIMEYER, R.A. (1987). An orientation to personal construct assessment, strategy, and technique. In R.A. NEIMEYER & G.J. NEIMEYER (Eds.), *Personal construct therapy casebook*. New York: Springer.
- NEIMEYER, R.A. (1988). Integrative Directions in Personal Construct Therapy. *International Journal of Personal Constructs Psychology*, 1, 283-297.
- NEIMEYER, R.A., & NEIMEYER, G.J. (Eds.) (1989), *Casos de Terapia de Constructos Personales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- NEIMEYER, R.A. (1992). Constructivist approaches to the measurement of meaning. In G.J. Neimeyer (Ed.), *Casebook of constructivist assesment*. New York: Sage.
- NEIMEYER, R.A. (1993). Constructivism and the problem of psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 133-157.
- NEIMEYER, R.A., BROOKS, D.L., & BAKER, K.D. (1995). In D. Kalekin-Fishman & B.M. Walke (Eds.), *The Construction of Group Realities*. Malabar, FL: Krieger.
- NEIMEYER, R.A., & FEIXAS, G. (1990). Constructivist contributions to psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 9, 4-20.
- NICHOLS, M.P. (1987). *The self in the system: Expanding the limits of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- PIAGET, J. (1951). *Play, Dreams and Imitation in Childhood*. London: Routledge and Kegan Paul.
- PRIGOGINE, I., & STENGER, I. (1984). *Order out of chaos: Man's new dialogue with nature*. New York: Bantam.
- PROCTER, H.G. (1981). Family Construct Psychology. In S. Walrond-Skinner (Ed.), *Developments in Family Therapy* (pp. 350-366). London: Routledge.
- PROCTER, H.G. (1987). Change in the Family Construct System. In R.A. Neimeyer & G.J. Neimeyer (Eds.), *Personal Construct Therapy Casebook* (pp. 153-171). New York: Springer.
- RUBIO, E. (1983). A Four holón Model of Human Sexuality. *Independent Study Paper during the PhD training program in Human Sexuality*. New York University.
- RUBIO, E. (1994). Introducción al estudio de la Sexualidad Humana. En CONAPO (Eds.), *Antología de la Sexualidad Humana*. México: Porrúa.
- RUBIO, E., & VELASCO, C. (1994). Las Parafilias. En CONAPO (Eds.), *Antología de la Sexualidad Humana*. México: Porrúa
- RYCHLAK, J.F. (1968). *A phylosophy of science for personality theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- SAGER, C. (1976). Sex in marital therapy. *American Journal of Psychiatry*, 133 (5), 555-558.

- SAGER, C. (1986). Foreword. In G.D. Weeks & L. Hof (Eds.), *Integrating Sex and Marital Therapy*. New York: Brunner and Mazel.
- SPOTNITZ, H. (1985). *Modern psychoanalysis of the schizophrenic patient*. New York: Human Sciences Press.
- SPOTNITZ, H., & MEADOW, P.W. (1976). *Treatment of the narcissistic neuroses*. New York: International University Press.
- SUGARMAN, S. (Ed.) (1986). *The interfase of individual and family therapy*. Rockville, MD: Aspen.
- VARELA, F. (1981). Describing the logic of the living. In M. Zeleny (Ed.), *Autopoiesis: A theory of the living organization*. Oxford: North Holland.
- VELASCO, C. (1996). Diversos Modelos Psicológicos de la Sexualidad. En *Psicofisiología de la Pareja: la Biología del Amor. Tomo III*. México: Labs. Eli Lilly .
- VON FOESTER, H. (1984). On constructing a reality. In P. Watzlawick (Ed.), *The Invented Reality*. New York: Norton.
- VON GLASERFELD, E. (1984). An introduction to radical constructivism. In P. Watzlawick (Ed.), *The invented reality*. New York: Norton.
- WATZLAWICK, P. (Ed.) (1984). *The invented reality*. New York: Norton.
- WHITE, M, & EPSTON, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapeuticos*. Barcelona: Paidós.
- WILBER, K. (1996). *Sexo, Ecología, Espiritualidad*. Madrid: Gaia.
- WINTER, D. (1988). Reconstructing an erection an elaborating ejaculation: Personal constructed theroey perspectives on sex therapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1 (1), 81-99.