

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

DISFUNCIONES Y TRASTORNOS SEXUALES

Epoca II, Volumen X - 2º/3er. trimestre 1999

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ € **38/39** Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, M^a ROSA TORRAS CHERTA.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, RENZO CARLI, ISABEL CAROGABALDA, LORETTA CORNEJO PAROLINI, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, VITTORIO F. GUIDANO, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, GIOVANNI P. LOMBARDO, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, BERNARDO MORENO JIMENEZ, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, JAUME SEBASTIAN CAPO, ANTONIO SEMERARI.

Coordinador: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen X - Nº 38/39 - 2º/3er. trimestre 1999

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: (93) 430 23 09

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 2.000 pts. (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
LA TERAPIA SEXUAL	5
Hermínia Gomà Quintillà	
LAS DISFUNCIONES SEXUALES	21
Gloria Frigola	
TRATAMIENTO DE EXPOSICION EN UN CASO DE FOBIA SEXUAL	45
Salvador Alario Bataller	
TRATAMIENTO DE UN CASO DE VAGINISMO	53
Núria Tió i Rotllan	
EL VAGINISMO COMO UNA CUESTIÓN DE BARRERAS EMOCIONALES	63
Elena Mariscal	
PERSPECTIVAS DE LA TEORÍA DE CONSTRUCTOS PERSONALES EN TERAPIA SEXUAL; RECONSTRUCCIÓN DE LA ERECCIÓN Y ELABORACIÓN DE LA EYACULACIÓN	67
David A. Winter	
PSICOTERAPIA SEXUAL HOLONICA DE PAREJA	87
Mario Zumaya, Eusebio Rubio, César Velasco T. y Sara K. Bridges	
LAS PARAFILIAS SEXUALES	113
Mark Muse	
CONCEPTUALIZACION, EVALUACION Y TERAPIA DE LA PAIDOFILIA: ILUSTRACION DE LA APLICACION DE LA TERAPIA CONDUCTUAL A UN TRASTORNO PAIDOFILICO	123
Salvador Alario Bataller	

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097
08080 Barcelona
Tel. (93) 321 7532 (martes tarde)

Administración:

GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS S. L.)
Revista de Psicoterapia
c/. Francesc Tàrrega, 32-34
08027 - Barcelona
Tel. (93) 408 0464 Fax: (93) 352 4337

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Fecha:

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

- Forma de pago: Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
 Adjunto cheque bancario núm.:
 Contrareembolso
 VISA
 MasterCard



Tarjeta N°:

Fecha caducidad: ____ / ____ / ____

Firma:

Precio de la
suscripción anual para 1999
para España 5.000 pts.
para el extranjero 70 \$ USA

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará SERVEIS PEDAGOGICS S. A., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos:

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad: Oficina: DC: Cuenta:

Banco/Caja Agencia n°:

Dirección

Ciudad D.P.

Fecha y Firma:



EDITORIAL

El campo de la sexología ha experimentado una evolución continua desde sus inicios con los estudios pioneros de Alfred Kinsey y sus socios durante la primera mitad de este siglo. Desde estos primeros e intrépidos estudios de los años 40, la consiguiente evolución en el estudio del comportamiento sexual humano ha estado, en gran parte, dirigida a mejorar las bases científicas y empíricas de la disciplina, y a elaborar estrategias terapéuticas que han demostrado ser de mayor efectividad. Mientras el inicio de los estudios científicos sobre el comportamiento sexual humano puede ser datado a finales de la década de los años 40 y a comienzos de los 50 con la publicación de los textos monumentales del Dr. Kinsey (1948, 1953), *Sexual Behavior in The Human Male* y *Sexual Behavior in the Human Female*, el estudio clínico de la sexualidad humana tuvo que esperar a las investigaciones revolucionarias de Masters y Johnson (1966, 1970) en la década de los 60, y la aplicación clínica de estos estudios al área de las disfunciones sexuales en la década de los 70. Posteriormente al trabajo de Masters y Johnson, ha habido múltiples contribuciones realizadas durante los años 80 y 90 por numerosos investigadores y clínicos en un esfuerzo por mejorar los más importantes principios de la terapia sexual y aumentar así el ya impresionante resultado terapéutico. Respecto a ello, la eficacia de los modernos programas terapéuticos en el tratamiento de las disfunciones sexuales se debe al gran alcance de la elaboración de estrategias terapéuticas que reconocen el importante trabajo pedagógico al incorporar la cooperación y participación directa del paciente en su propio esfuerzo terapéutico. Los programas de Kaplan (1976) son particularmente notables en este aspecto.

Quizás precisamente porqué los avances científicos y clínicos han sido tan espectaculares en el campo de las disfunciones sexuales humanas, los últimos años de este siglo nos han traído un creciente interés en trastornos sexuales que, hasta ahora, no han recibido la misma atención investigadora que las disfunciones psicosexuales. Estos otros síndromes, que componen los trastornos de la identidad sexual y también las diferentes parafilias, comenzaron a recibir más enfoque profesional a partir de las últimas dos décadas. No obstante el relativamente nuevo interés en estos síndromes menores de la sexología, se puede decir con cierta confianza que hoy día hemos acumulado suficiente experiencia clínica para declarar que existen ya diagnósticos precisos y tratamientos preferenciales para este segundo apartado de la sexología.

El presente número quiere ofrecer una perspectiva abierta a las diversas vertientes de la sexología como campo médico/psicológico; o sea, representa la sexología de las disfunciones tanto como la de los trastornos, y realiza esta

representación por medio de expertos de renombre. Pretende, a su vez, no enfocar el conjunto de esta problemática de una forma reduccionista, razón por la cual adopta algunos puntos de vista provenientes de enfoques diferenciados, algunos con mayor énfasis en los aspectos más mecánicos y operativos, otros centrados más bien en la búsqueda de significado. El lector podrá encontrar de este modo algunos de los problemas más habituales en la consulta sexológica planteados de formas divergentes, lo que puede ser estímulo para una mayor tarea de integración o convergencia terapéutica por parte de los clínicos. Todos sabemos que la realidad es muy compleja y que los abordajes inevitablemente parciales de nuestra praxis se enriquecen constantemente de otras fuentes de reflexión y de acción.

Los artículos que en él hemos recogido pueden repartirse en tres grupos: algunos son de carácter más general y enfocan la terapia sexual en su conjunto; otros se centran sobre el tratamiento de disfunciones específicas y otros, finalmente se ocupan de algunos problemas relacionados con las parafilias, campo donde posiblemente hay que investigar y progresar mucho todavía.

Por su significación particularísima para la psicoterapia de nuestro tiempo queremos dejar constancia al término de este editorial de dos hechos luctuosos que marcarán para la historia este año 1999 como el de la pérdida de dos grandes figuras de la psicoterapia de fin de siglo: Mara Selvini Palazzoli –fallecida el 21 de junio de 1999 y Vittorio Guidano, fallecido en Buenos Aires el 31 de agosto de 1999. En un homenaje a este último publicaremos próximamente un escrito de Mayte Miró, leído en un acto celebrado recientemente en Barcelona *in memoriam* de dicho autor.

Mark Muse, Editor Especial y
Manuel Villegas, Director de la Revista de Psicoterapia

Referencias Bibliográficas:

- Kaplan, H. (1975). *The Illustrated Manual of Sex Therapy*. New York: Quadrangle/The New York Times Book Co.
- Kinsey, A., Pomeroy, W., & Martin, C. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: Saunders.
- Kinsey, A., Pomeroy, W., Martin, C. & Gebhard, P. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia: Saunders.
- Masters, W. & Johnson, V. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown and Company.
- Masters, W. & Johnson, V. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown and Company.

LA TERAPIA SEXUAL

Hermínia Gomà Quintillà

Directora Institut de Sexologia de Barcelona

Comte d'Urgell, 83, pral. 2ª, 08011 - Barcelona

Sex therapy has developed through the ages from many different vantagepoints, which have included diverse psychological, biological and medical paradigms. It behooves us to at times to begin our clinical analysis of any given presenting sexual problem with a functional definition, since such problems can originate from a variety of personal, interpersonal and biological factors; our definition of the problem helps to subsequently determine the preferred line of intervention.

Key words: sex therapy, sexual disfunctions, interpersonal problems, social factors, couple therapy.

Desde los inicios de la terapia sexual hasta nuestros días se ha recorrido un largo camino. El desarrollo de la terapia sexual ha conocido diversas aproximaciones desde diferentes paradigmas psicológicos y desde múltiples abordajes biológicos y médicos. El desarrollo más importante en este campo de investigación lo llevaron a cabo Masters y Jhonson en los inicios de la década de los 70, a partir de su obra *Human Sexual Inadequacy*. Si bien es cierto que las investigaciones y estudios más recientes tienen una base científica más realista, podemos considerar que las aportaciones realizadas por Masters y Jhonson marcaron un nuevo rumbo en la manera de afrontar y tratar los problemas sexuales.

La terapia sexual puede resolver muchas de las problemáticas sexuales que se presentan en nuestras consultas. Pero, a pesar de que los avances en este campo son notorios, la sexualidad humana con su amplia complejidad, precisa aún, de un mayor conocimiento y profundización. Para poder hablar de terapia sexual en primer lugar consideraremos lo que entendemos por problema sexual. No siempre será fácil dilucidar si el problema es sexual. Las dificultades tienen diversos orígenes y provienen de ámbitos diferentes.

Cuando hablamos de problema sexual tenemos en cuenta una serie de características que habitualmente figuran en la **presentación del caso**:

- Sufrimiento personal: una de las características más evidentes en una conducta

problemática es el sufrimiento que conlleva a la persona que lo describe y que en muchas ocasiones siente la necesidad de pedir ayuda.

- Falta de adaptación al medio o entorno: las conductas sexuales consideradas como problemáticas, generalmente tienen consecuencias negativas cuando la persona intenta un ajuste armonioso con su entorno.
- Irracionalidad e incomprensión: pueden considerarse problemáticas aquellas conductas o ideas sexuales que la persona piensa que son peculiares, irracionales o inexplicables.
- Malestar de la pareja sexual: puede tratarse de un problema sexual cuando la ejecución o por el contrario la ausencia de ciertas conductas ocasiona malestar en la pareja.
- Violación de los códigos éticos: serán un problema aquellas conductas sexuales que ocasionen perjuicios morales o éticos a otras personas, tanto para la persona agresora como para su víctima.
- Pérdida de libertad: una determinada actividad sexual puede ser vivida como problemática cuando atenta la libertad de la persona. Prácticas que muchas personas pueden considerar normales, como por ejemplo las relaciones orales o el coito anal, pueden constituir un problema para una determinada persona que se vea o sienta obligada a realizar estas actividades sin desearlas.

Será considerado un *problema sexual* –desde una perspectiva personal o subjetiva– cualquier actividad sexual, dentro del amplio abanico potencial de conductas sexuales propias de la especie humana, toda actividad impuesta sobre una persona en contra de su voluntad o que le produzca insatisfacción o infelicidad.

En algunas ocasiones es difícil discernir si los problemas no sexuales de una persona o de una pareja son la causa de sus problemas sexuales o son éstos los que han generado los problemas no sexuales. No obstante, hay dos elementos básicos en los que centrarse: el efecto de los problemas sexuales en la relación en general y el sufrimiento que provocan.

Los problemas sexuales no constituyen necesariamente la causa de la insatisfacción de la relación de pareja, pero a menudo las parejas con problemas sexuales tienen una relación general insatisfactoria. Muchas veces el problema sexual es consecuencia directa de los problemas de pareja, la experiencia clínica nos confirma que los problemas sexuales acostumbran a ser causa de infelicidad en la relación de pareja.

Los problemas sexuales en personas que no tienen pareja puede dificultar y en última instancia impedir que establezcan una nueva relación, por un sentimiento de inadaptación o por miedo a la reacción de la otra persona cuando descubra el problema. Algunas personas con problemas sexuales son más propensas a sufrir una disminución en su autoestima, sufrimiento y más específicamente, síntomas de depresión y ansiedad.

Aún hoy seguimos sin disponer de un sistema de clasificación de los proble-

mas sexuales aceptado por la mayoría de los especialistas que trabajamos en este campo. Entre los principales sistemas clasificadores, centrados casi exclusivamente en los problemas sexuales, es necesario mencionar los propuestos por: Wolpe (1969), Masters y Johnson (1970, 1987), Kaplan (1974, 1977), Sharpe y col. (1976), LoPiccolo (1977), Carrobles (1981, 1985) y Schover y cols. (1982).

Estas clasificaciones utilizan, no solamente diferentes categorías que en ocasiones se sobrepone entre sí, sino que además, usan una diferente terminología que hace realmente difícil compararlas. En el momento de hacer el *diagnóstico* de un problema sexual hemos de acotar las dimensiones del mismo.

- Los problemas sexuales pueden ser primarios o secundarios en función de su duración temporal. Será un problema primario si se ha observado desde siempre, ya en la primera experiencia sexual o será secundario si se empezó a detectar a partir de un determinado momento, con una experiencia sexual previa como mínimo, sin la presencia del problema.
- Los problemas sexuales pueden tener una dimensión orgánica o funcional según las posibles causas de éste. Si el problema tiene un origen orgánico el tratamiento deberá de ser médico o físico. Si el problema deriva de una causa psicológica el tratamiento deberá de ser psicológico o funcional. En el caso de que el problema presente una combinación de ambas causas, el abordaje deberá ser interdisciplinario.
- Generalizados o situacionales según la dimensión a partir de la cual se observen. Consideraremos un problema como generalizado cuando se manifieste en todas las situaciones en las cuales el sujeto mantiene relaciones o realiza una actividad de carácter sexual. Será situacional si el problema tiene lugar solamente en determinadas situaciones, lugares, momentos, al hacer ciertas actividades, o cuando mantiene actividades con unas personas determinadas.
- Totales o parciales según el grado de afectación, severidad o extensión. Esta dimensión no es aplicable a todos los problemas, sino a aquellos casos en que el grado, el nivel, el tiempo y la cantidad sean factores a tener presentes.

Entre las *causas* psicológicas que pueden generar y mantener un problema sexual debemos considerar diversos factores, así, podemos encontrarnos con:

- una educación restrictiva
- relaciones familiares alteradas
- información sexual inadecuada
- primeras experiencias sexuales traumáticas
- inseguridad inicial en el papel sexual.

Entre los factores que predisponen a la emergencia de problemas sexuales se pueden incluir las experiencias sexuales realizadas o sufridas en edades demasiado tempranas en el desarrollo sexual de la persona que la hacen vulnerable y podrían conducir posteriormente a un problema sexual. Podríamos considerar que hay una serie de factores que precipitan la aparición de los problemas sexuales, son aquellos

sucesos o experiencias asociadas a la aparición inicial de un problema sexual:

- el nacimiento de un hijo
- la alteración general en la relación de pareja
- la infidelidad
- las expectativas poco o nada razonables
- un problema sexual en el compañero
- un fracaso fortuito previo
- la reacción a factores orgánicos
- la edad
- trastornos como la depresión y la ansiedad
- una experiencia sexual traumática.

También debemos tener en cuenta factores de mantenimiento como son:

- la ansiedad ante el rendimiento
- la anticipación del fracaso
- la culpabilidad
- la pérdida de atracción por la pareja
- una comunicación pobre entre la pareja
- miedo a la intimidad
- la alteración de la propia imagen
- los mitos sexuales
- un juego erótico restringido
- un trastorno psiquiátrico.

Los **factores de mantenimiento** nos explican porqué motivo el problema sigue existiendo a pesar de que se hayan intentado diferentes soluciones para resolver la situación. El clínico deberá averiguar cuales son estos factores, ya que el resultado de la terapia sexual dependerá mucho del acierto en las hipótesis que se hayan forjado. Es por este motivo que nos entretendremos comentando estos posibles factores de mantenimiento del problema sexual.

- Una educación represiva puede haber configurado una imagen negativa de la sexualidad. Pongamos por ejemplo el caso de la madre de una niña animándola a ver el sexo como una obligación penosa que se debe de cumplir para complacer a la pareja y obtener así los beneficios secundarios de la relación conyugal. La niña puede llegar a pensar, por influencia de su madre, que la relación sexual implica dolor o que no debe sentir deseo sexual cuando sea adulta.
- Unas relaciones familiares alteradas o deficientes más que un efecto directo sobre la sexualidad pueden provocar dificultades sexuales a través de los efectos en la autoestima o en la capacidad para desenvolverse en las relaciones íntimas.
- En algunos casos el inadecuado conocimiento sexual puede llevar a situaciones como el desconocimiento de la anatomía sexual (clítoris) por parte de la mujer o de su pareja que podría hacer que se etiquetara a la mujer como frígida o anorgásmica. Esta misma información sexual inadecuada puede contribuir a

desarrollar convicciones basadas en ciertos mitos sexuales (el sexo solamente es bueno si ambos llegan al orgasmo simultáneamente).

- Cuando el factor que está manteniendo el problema es un trauma sexual infantil no acostumbra a expresarse al inicio del tratamiento. Es muy doloroso para la persona que lo ha sufrido y dependerá en gran medida de la habilidad del clínico que este factor emerja en el transcurso de las sesiones clínicas. Hasta ahora, los estudios sobre el tema sugirieron que las dificultades sexuales posteriores son más frecuentes si la experiencia se asocia a amenazas o al uso de la fuerza. Si el trauma se produce en una edad adulta puede haber sentimientos de culpa, si se asocia a sentimientos negativos y más intensos o si es persistente.
- La inseguridad en el papel psicosexual al iniciar el desarrollo puede ser un factor que esté manteniendo un problema sexual. Un desarrollo rápido y precoz puede acomplejar, las actitudes familiares respecto al nacimiento de la pubertad pueden influenciar en el ajuste psicosexual (poca intimidad, reconocimiento, etc.)
- Parejas que han tenido buenas relaciones sexuales hasta el momento del nacimiento de un hijo pueden, después del parto empezar a presentar problemas sexuales. La depresión post-parto, el agotamiento, la ansiedad ante el cuidado del bebé, la cicatriz no curada de una episeptomia, sequedad vaginal post-parto (amamantamiento), pueden conducir a un evitamiento o disminución del interés. Parece que las dificultades aparecen mas frecuentemente con el nacimiento del segundo hijo. Otro motivo podría ser el saber que no hay posibilidades de un nuevo embarazo.
- Las desavenencias en la relación general son la causa más común de los trastornos sexuales, como factor precipitante o de mantenimiento. Se debe distinguir si los problemas sexuales son sintomáticos de otros problemas en la relación, pues hay algunas parejas que no lo pueden expresar o lo niegan.
- La infidelidad puede llevar a la pérdida de interés sexual y a una disfunción eréctil. La culpabilidad puede ocasionar problemas en el compañero infiel. A veces una persona reconoce problemas sexuales con su pareja después de una nueva experiencia sexual más satisfactoria.
- Las expectativas no razonables pueden ser uno de los factores de mantenimiento de un problema sexual. Por ejemplo, la publicidad respecto al orgasmo múltiple en la mujer, ocasionará sentimientos de anormalidad en algunas mujeres que tienen un único orgasmo en la relación. Otra expectativa no razonable será la aparente diferencia entre orgasmo clitoriano y vaginal que durante muchos años creó expectativas poco razonables sobre la respuesta sexual de las mujeres (desmentido por los estudios de Masters y Johnson).
- La disfunción orgásmica o la pérdida de interés sexual en la mujer se acostumbra a asociar a la eyaculación precoz o a la disfunción eréctil (puede darse en cualquier sentido). Debe establecerse qué disfunción apareció primero para darle prioridad en el tratamiento.

- El fracaso esporádico puede ser uno de los factores de precipitación y mantenimiento del problema sexual. Un hombre de mediana edad que ha aumentado su consumo de alcohol recientemente como respuesta a un estrés de trabajo, puede encontrarse en la situación de no ser capaz de hacer el coito con su mujer por falta de erección. Posteriormente puede sentirse tenso y obsesionarse en conseguir una erección y ante el miedo a un nuevo fracaso no podrá mantenerla. Puede establecerse así, un círculo vicioso de miedo al fracaso, ansiedad de ejecución y fracaso real, que acabará en una disfunción persistente de la erección.
- La reacción a factores orgánicos. Después de un ataque cardíaco algunas personas pueden tener miedo a que el coito precipite un nuevo ataque. Después de una mastectomía (1/3 de las mujeres) pueden presentar dificultades por un sentimiento de pérdida de atractivo sexual, por una depresión ante del sentimiento de mutilación o por el rechazo que puede sentir el compañero hacia ellas.
- El momento vital de una persona es otro factor. Pongamos algunos ejemplos:
 - A partir de la menopausia algunas mujeres, dado el menor grado de lubricación vaginal pueden desarrollar problemas sexuales.
 - Con la edad algunos hombres al necesitar más estimulación de la habitual para mantener la erección y eyacular, pueden llegar a tener una disfunción eréctil.
 - El sentimiento de pérdida de atractivo, por el paso de los años.
 - Las enfermedades que con más frecuencia producen disfunciones sexuales tienen mayor incidencia a medida que aumenta la edad.
 - La utilización de medicamentos que pueden afectar la función sexual también se incrementa en este período de la vida.
 - Mitos sexuales referidos a las personas mayores (el sexo es para los jóvenes, para personas atractivas, no tiene sentido sino es para procrear, con la edad se pierde el interés,...)
- Trastornos del estado de ánimo como los depresivos o de ansiedad son factores precipitantes sobretudo, en la pérdida de interés por el sexo. Podemos hallar que una falta de interés sexual encubre un estado de depresión o ansiedad que no están relacionadas con la vida sexual de la persona. En otros casos problemas sexuales no tratados en su momento pueden llegar a producir una depresión o un trastorno de ansiedad que dificultaran el abordaje de la terapia sexual si no son tratados paralelamente. En estos estados de ánimo hay una disminución del interés sexual, algunos hombres dicen que hay una disfunción eréctil y algunas mujeres hacen referencia a dificultades para conseguir el orgasmo. Deben tenerse en cuenta los efectos secundarios de los antidepresivos. Algunas mujeres manifiestan que mejoraron su respuesta sexual gracias al efecto beneficioso de éstos sobre su estado de ánimo.
- La manía puede provocar un aumento pronunciado en el interés sexual, que puede ocasionar desinhibición y promiscuidad. Parece ser que el carbonato de litio

disminuye el interés sexual en algunas personas.

- La anorexia nerviosa comporta pérdida del interés sexual y disfunción orgásmica (relacionado con alteraciones en los niveles de hormonas sexuales).
- El alcoholismo conlleva, a la larga, la reducción del interés sexual, disfunción eréctil, eyaculación retardada y eyaculación precoz.
- Las experiencias sexuales traumáticas pueden ser factores precipitantes o de mantenimiento de ciertas problemáticas sexuales. Hay poca información al respecto, pero en el caso de violaciones algunas mujeres obtienen menos o con menor frecuencia satisfacción sexual y sufren problemas respecto al deseo. Puede generarse una aversión fóbica a la relación sexual, sobre todo en aquellas conductas que tuvieron lugar durante la violación.
- También un embarazo no deseado puede provocar un rechazo de la actividad sexual o una pérdida del deseo.
- Como ya hemos ido apuntando, la ansiedad ante el rendimiento sexual puede ser otro de los factores a tener en cuenta. Las preocupaciones obsesivas sobre el rendimiento sexual adecuado son una de las causas más comunes para la persistencia de las disfunciones sexuales. Hombres con disfunción eréctil o eyaculación precoz y mujeres con disfunción orgásmica pueden generar un nivel de ansiedad anticipatoria que les dificulte totalmente sus relaciones sexuales. Después de una frustración tras otra, la pareja espera normalmente el fracaso, ello lleva a la persistencia del problema o a suprimir toda actividad sexual.
- El sentimiento de culpabilidad que tienen algunas personas producto de su educación sexual, sus creencias y actitudes puede mantener o generar una problemática sexual. El resultado de una larga inhibición respecto al sexo, motivada por una educación sexual infantil restrictiva dará lugar a percibir sus conductas sexuales como pecaminosas y culpabilizadoras. Hay casos en que uno de los miembros de la pareja puede obstaculizar la resolución del problema, por ejemplo, una mujer que mantiene relaciones sexuales sin deseo, para no sentirse culpable, puede a la larga sentir resentimiento contra su pareja y obstaculizar la recuperación normal del interés sexual.
- La pérdida de la atracción entre la pareja, puede darse espontáneamente o asociada a otros factores sociales o emocionales, la edad, los cambios físicos (obesidad, poca higiene, mutilaciones por cirugía), la aparición de otras personas, o por el distanciamiento entre la pareja. Todo ello se refleja, a menudo, en una disfunción sexual cuando la persona no puede o no quiere decir a su pareja cual es el motivo de su nuevo comportamiento sexual.
- Evidentemente, una deficiente comunicación entre la pareja comportará cambios en su vida sexual, a menudo provocados por malentendidos o por la imposibilidad de expresar lo que desean. Hay parejas que nunca han hablado de los aspectos sexuales de su relación. Las dificultades de comunicación deben afrontarse al iniciar la terapia sexual.

- Las relaciones sexuales entre las personas son una vía de comunicación a través de los sentidos y también generadores de vínculos emocionales intensos. Estos vínculos con el tiempo generarán intimidad. Hallamos personas que no pueden experimentar la intimidad, tienen miedo a perder su libertad, a su vulnerabilidad, a crearse expectativas inalcanzables. Es el caso de una persona adulta con problemas para establecer relaciones íntimas, es probable que tenga una sucesión de relaciones que consigan el mismo nivel de confianza y proximidad y que, llegados a este punto, destruya la relación por miedo a un mayor compromiso. Uno de los miembros puede tratar de acabar cuanto antes el acto sexual, por miedo a la proximidad causada por las caricias y la excitación mutua. En las parejas estables se pone a menudo de manifiesto cuando se solicita que hagan los ejercicios de localización sensorial.
- Los trastornos de la propia imagen cada vez son más frecuentes como factores precipitantes o de mantenimiento de los problemas sexuales. El sentimiento de masculinidad de un hombre puede quedar debilitado por una disfunción eréctil. La compañera de un hombre con disfunción eréctil puede considerar que es poco atractiva. Un hombre que cree que su pene no tiene la medida apropiada. Una mujer que no puede hacer ciertas actividades para evitar que su pareja le vea la celulitis. La percepción de la propia imagen juega un papel importante en la manera de vivir la sexualidad con naturalidad, espontaneidad y tranquilidad.

Los mitos, las *creencias erróneas* son factores que mantienen ciertas problemáticas sexuales. Entre los *mitos sexuales* más frecuentes pueden considerarse:

- El hombre siempre desea y está dispuesto para la actividad sexual.
- El sexo debe partir de la iniciativa del hombre, cualquier mujer que lleve la iniciativa en el sexo es inmoral.
- Sexo es igual a coito: cualquier otra cosa no es válida.
- Cuando un hombre tiene una erección es perjudicial para él no utilizarla para tener un orgasmo lo antes posible.
- El sexo ha de ser siempre natural y espontáneo: pensar o hablar de ello lo estropea.
- Todos los contactos físicos deben terminar en coito.
- El hombre no debe expresar sus sentimientos.
- Cualquier hombre debe saber cómo satisfacer a una mujer.
- El sexo solamente es bueno si ambos llegan al orgasmo simultáneamente.
- Si dos personas se aman han de saber como disfrutar juntas del sexo.
- En la relación sexual, cada uno conoce instintivamente lo que su pareja piensa o desea.
- La masturbación es mala o perjudicial.
- La pérdida de erección en el hombre supone la del atractivo en la mujer.
- Es un error tener fantasías durante el coito.
- Un hombre no puede decir “no” al sexo.
- Una mujer no puede decir “no” al sexo.

- Existen ciertas reglas absolutas y universales respecto a lo que es normal y lo que no lo es en el sexo.

Todos estos mitos pueden generar angustia, expectativas irreales y a la larga problemas sexuales.

- El juego erótico restringido, por desconocimiento o por miedo, habitualmente comporta la aparición o el mantenimiento de problemas sexuales. Un hombre con eyaculación precoz puede evitar el juego erótico previo por miedo a sentirse más excitado y eyacular más rápidamente. Habitualmente esto conduce a un placer mínimo o nulo para el hombre y su pareja, lo que añade una mayor tensión en la relación sexual y agrava el problema.

Entre las *causas físicas* que pueden provocar o mantener una disfunción sexual es preciso considerar:

- La situación física o su tratamiento puede interferir directamente en los mecanismos fisiológicos y anatómicos implicados en el interés sexual, la excitación o el orgasmo (ejemplo: tumores hipofisarios, diabetes, cirugía rectal).
- Una reacción psicológica a la enfermedad o a su tratamiento (ejemplo: infarto, mastectomía).
- Una combinación de factores físicos y psicológicos (ejemplo: una reacción adversa a una alteración leve de la capacidad de erección causada por una neuropatía periférica en un diabético).
- La enfermedad o la cirugía pueden poner de manifiesto un problema sexual previo (ejemplo: algunos estudios han demostrado que personas que habían sufrido un ataque cardíaco experimentaban más dificultades sexuales antes de los ataques que los grupos de control que no los habían tenido).

Las disfunciones sexuales secundarias a problemas psicológicos se pueden presentar bajo la apariencia de dolencias físicas (ejemplo: una mujer que no se siente satisfecha con ningún método anticonceptivo que se le recomiende).

La *evaluación de problemas sexuales* no es diferente, en términos generales, a la de otros tipos de problemas conductuales o psicológicos:

- Delimitar y definir operativamente la conducta problema.
- La evaluación mediante los instrumentos correspondientes.
- Formulación de hipótesis explicativas del problema
- Selección de las conductas claves a modificar
- Desarrollo del plan de intervención terapéutica.

El proceso de evaluación es paralelo al tratamiento, con el objetivo de verificar si se van cumpliendo los objetivos propuestos o si es necesario replantear el proceso en alguna de sus fases.

En la primera entrevista para la evaluación de los problemas sexuales hemos de valorar dos objetivos básicos: determinar si el problema es susceptible y adecuado para aplicar una terapia sexual u otro tipo de terapia y comprobar si se dan los requisitos básicos para llevar a término la terapia sexual

Para conseguir estos objetivos se deben recoger los datos relativos a:

- Tipo y naturaleza del problema sexual presentado por el sujeto o la pareja y que es el motivo de consulta.
- La posible presencia de patología orgánica que pueda tener algún efecto sobre la conducta sexual de los sujetos (disfunción eréctil, dispareunia).
- El posible grado de psicopatología relacionada con el problema sexual, para poder establecer la posible relación causa-efecto y concretar las prioridades terapéuticas.
- El tipo y nivel de relación interpersonal que mantienen los miembros de la pareja, para poder descartar la posible existencia de problemas de pareja más generales (generalmente se acostumbran a tratar juntos).
- El nivel de motivación y compromiso para participar en un programa de tratamiento por parte de los dos miembros de la pareja. Ha de quedar muy claro los motivos por los cuales cada miembro va a terapia y evaluar el grado de cooperación y compromiso de cada uno en el plan terapéutico.
- La posible existencia de estilos de vida inadecuados por parte de algún miembro de la pareja que pudiesen dificultar el curso de la terapia.

Como en cualquier tipo de terapia es preciso crear entre el profesional y los pacientes un clima adecuado de aceptación y confianza para poder hablar de sus problemas. La sesión de entrevista realmente es la primera sesión terapéutica.

Al hacer la entrevista para la evaluación de los problemas sexuales es preciso tener en cuenta la naturaleza del problema sexual y adecuación del mismo para una terapia sexual, es decir, el tipo y naturaleza del problema sexual presentado por la pareja o el sujeto, la existencia o no de patología o causas orgánicas, la posible existencia de patologías psicológicas relacionadas con el problema sexual y los posibles problemas de pareja o de relación interpersonal.

También es preciso tener en cuenta las condiciones y requisitos para llevar a término la terapia sexual, es decir, el nivel de motivación de los individuos respecto al cambio, el grado de cooperación y compromiso esperado durante la posible terapia por parte de la pareja o el sujeto, los posibles estilos de vida inadecuados y la adecuación y grado de relación establecida durante la entrevista entre el terapeuta y los clientes.

El objetivo básico en el momento de realizar la historia sexual del sujeto ha de ser un análisis funcional de la conducta y los problemas sexuales presentados actualmente por la pareja y la historia sobre la evolución del problema que permita reconstruir la adquisición y desarrollo de las creencias, actitudes, conductas y su relación con el problema.

Estos datos permiten formular las hipótesis explicativas correspondientes que, en su momento nos permitirán extraer las conductas claves a modificar, con las cuales diseñar el plan de intervención más adecuado al caso.

Para conocer la historia del problema deberíamos saber cuál era el ambiente

familiar, la formación religiosa, las actitudes de los padres y otros adultos significativos respecto al sexo y las experiencias sexuales durante la etapa infantil. De la etapa adolescente, la educación y información sexual que hayan tenido y sus primeras experiencias sexuales: sueños, fantasías, erección, menstruación, eyaculación, masturbación, orgasmo, experiencias sexuales con el mismo sexo y con el otro, primera experiencia de coito, otras experiencias sexuales...

De su relación con la pareja actual, las primeras experiencias y las últimas, las actitudes y creencias actuales respecto al sexo, su conducta sexual actual: las actividades sexuales diferentes al coito, posibles relaciones fuera de la pareja, comunicación entre la pareja, relación de pareja y estilo de vida.

Cuando la persona o la pareja plantean el problema o la dificultad, el profesional recogerá la descripción del problema, la aparición y curso del problema, la autoexplicación sobre el origen y mantenimiento del problema y los intentos de solución del problema que ya han intentado. También establecerá cuales son las expectativas y metas en relación con los resultados de la terapia y la motivación respecto al cambio o la terapia.

Los *objetivos básicos* en el proceso terapéutico estarán en función de las diferentes fases de la terapia.

- En la etapa inicial es preciso establecer la relación terapéutica y asegurar la motivación.
- En la etapa donde se establece el acuerdo para el cambio se deberá motivar al sujeto hacia el cambio, incitarle a cambiar su estado actual y reducir la desmoralización que ello puede producir.
- En la etapa donde se analiza la conducta problema, el profesional hará la redefinición del mismo, identificará las relaciones funcionales actuales y motivará para conseguir cambios específicos.
- En la etapa donde se negocia el plan de actuación o tratamiento, es preciso llegar a un acuerdo respecto a las áreas a cambiar, establecer prioridades de cambio para iniciar el tratamiento y conseguir la aceptación de responsabilidad por parte de los clientes.
- Cuando el tratamiento se esté llevando a cabo es preciso seguir manteniendo la motivación para poder desarrollar el programa terapéutico, evaluar los efectos parciales y colaterales del cambio analizar y potenciar la motivación para seguir el tratamiento.
- En la etapa de evaluación del progreso terapéutico se deberá valorar el cambio conseguido, evaluar el uso que la persona hace de las habilidades aprendidas, introducir nuevos objetivos y motivar para finalizar el tratamiento.
- En la etapa final del tratamiento, evaluar y potenciar las habilidades de auto control para afrontar futuras situaciones problema y espaciar las sesiones y los contactos con la persona.

En el tratamiento de los problemas sexuales deben tenerse presentes aspectos

relacionados con la realidad del sujeto, como son la educación sexual y la negación o falta de permiso para practicar o dejar de practicar ciertas actividades sexuales.

Muchas de las consultas que llegan en forma de problema para la persona o la pareja están ligadas a su grado de información o desconocimiento sexual. En estos casos deberán adquirir un nivel adecuado y suficiente de información sexual que los permita desarrollarse de una manera libre y apropiada en el ámbito sexual y superar las posibles limitaciones. Este tipo de intervención sirve no solamente para resolver los problemas actuales existentes sino también para prevenir que se produzcan de nuevos.

Otra de las intervenciones terapéuticas en el ámbito de la sexualidad consiste en desculpabilizar. Lo que algunas personas con problemas sexuales necesitan es simplemente tener permiso para realizar las actividades sexuales que realizan y que son un problema en la medida en que el sujeto las vive como tal, por prejuicios o actitudes negativas adquiridas.

En otras situaciones clínicas además se deberán hacer ciertas indicaciones específicas, es decir, facilitar a las persona instrucciones o indicaciones referentes a conductas o actividades sexuales que pueden realizar para conseguir superar los problemas sexuales. Por ejemplo sugerir un plan gradual de tareas o actividades sexuales en orden creciente de dificultad o de acercamiento a las situaciones sexuales más temidas, para reducir o superar la ansiedad y para facilitar el aprendizaje de una nueva relación sexual más satisfactoria.

La intervención terapéutica centrada en la terapia de problemas más complejos y no exclusivamente sexuales, en cuanto a su naturaleza, tiene una condición mixta psico-sexual, aunque el motivo de consulta sea un problema sexual. En estos casos se puede tratar de miedo a la intimidad, rivalidad entre los miembros de la pareja, relaciones dificultosas entre la pareja, fijaciones infantiles, depresión, alcoholismo, ansiedad, diabetes, etc.

Para llevar a término una terapia en el ámbito de los problemas sexuales es fundamental que el profesional tenga presentes una serie de **condiciones previas** para poder realizar una mejor intervención terapéutica.

- *Reetiquetar*: cambio de nombre o de etiqueta que normalmente es preciso sugerir a los pacientes con problemas sexuales. Por ejemplo, “mi mujer es una frígida”, atribuyéndole la culpa del problema. Se trata de describir a la mujer como “estando afectada de un problema funcional o de respuesta sexual a nivel de excitación o de orgasmo, disfunción a la cual él no es ajeno, incluso como causante del mismo”.
- *Explicación*: la explicación mantenida por la persona o la pareja sobre el problema. Se debe conseguir que la persona dé una explicación adecuada y razonada sobre el problema, tanto desde el punto de vista de su génesis como de su mantenimiento.
- *Responsabilidad sobre el problema y su solución*: tiene el objetivo de que las

personas asuman estos problemas como propios y se responsabilicen tanto de los mismos como de su posible solución. Es el caso de padres que vienen a consulta para ver si hay una “píldora” capaz de hacer que su hijo deje de ser homosexual.

La intervención terapéutica puede ser necesaria a diferentes niveles:

- El primer nivel de intervención es el que precisa solamente una mejora o ampliación de la información y educación sexual, o un cambio de actitudes negativas o la mejora de la comunicación y la relación entre la pareja a nivel personal y a nivel sexual.
- El segundo nivel de intervención se realizará en las situaciones que requieran reducir y eliminar la ansiedad ante la relación sexual o una terapia sexual: indicaciones o técnicas que serán específicas según el problema diagnosticado.
- El tercer nivel de intervención llegará en los casos donde sea necesaria una terapia intensiva psico-sexual, con problemas de identidad, orientación, roles, intimidad, rivalidad, etc. o el tratamiento de otros problemas psicológicos o orgánicos asociados.

Entre los *programas y técnicas específicas* más utilizadas en terapia sexual están el *programa de auto-estimulación o masturbación dirigida* combinada con el *entreno muscular vaginal*, desarrollado por Arnold Kegel en el año 1952 y el *programa de actividades sexuales graduadas* de Masters y Johnson. El principal elemento terapéutico del Programa de Masters y Johnson es el denominado por ellos mismos *Focalización Sensorial*.

La persona o la pareja que solicita una entrevista para solucionar sus problemas sexuales son visitados en consulta con una cierta periodicidad, dejando el tiempo suficiente para poder llevar a término los ejercicios pactados entre el terapeuta y los pacientes.

Las primeras sesiones se dedicarán a definir el problema, determinar los objetivos y facilitar las indicaciones específicas necesarias o las técnicas terapéuticas que ellos mismos deberán realizar en su casa, hasta la próxima sesión terapéutica.

En terapia sexual las tareas que se han de realizar en casa tienen un papel vital y han de cubrir ciertos objetivos. Ofrecer a la pareja un enfoque estructurado para reconstruir su relación sexual (paso a paso), ayudar a identificar los factores que han facilitado la aparición y que mantienen sus dificultades sexuales (compartir la explicación), trabajar con la pareja en la aplicación de técnicas concretas.

El profesional deberá tener presentes unos principios básicos para que las personas puedan llevar a la práctica las tareas acordadas:

- Explicar concretamente y con claridad las instrucciones.
- Anticipar dificultades.
- Obtener información de cómo y qué han hecho, avances y dificultades.
- Actuar de una manera positiva ante las dificultades.
- Avanzar cada paso habiendo superado el anterior.

- No crear incertidumbre en algunos momentos de la terapia.
- Hacer predicciones de lo que puede pasar entre las sesiones.
- Dedicar alguna sesión a revisar y evaluar los avances conseguidos.
- La relación terapéutica es fundamental para llegar a la solución del problema sexual. El profesional ha de tener presente que la sexualidad de cada persona, sus vivencias, anhelos, miedos, fantasías forman parte de su historia más íntima e incluso la más recóndita. Por esta razón, es preciso que comprenda las dificultades sexuales desde el punto de vista de la persona que está en terapia, que se muestre receptivo e implicado en el problema, que cree una sensación de veracidad, de confianza, que muestre respeto, reconocimiento de que el problema es especial para a ellos, que dé ánimos y apoyo.

Las dificultades más frecuentes en terapia sexual podemos agruparlas según las diferentes etapas del proceso terapéutico.

- Las dificultades más habituales al iniciar la terapia son que la persona o la pareja fallan al llevar a término las tareas o no las realizan, la aparición de conductas que dificultan la realización de las tareas, la expresión de un cierto pesimismo y desprecio respecto a las tareas, la pareja rompe la prohibición de coito cuando está establecido o acude a terapia solamente uno de los miembros de la pareja.
- Las dificultades más habituales a mitad del tratamiento pueden ser que las personas dejan de realizar las tareas que venían haciendo o abandonan las sesiones cuando estaban resultando agradables o positivas.
- La dificultad en los momentos finales de la terapia sexual acostumbra a ser el miedo a volver a fallar una vez finalizada la terapia o que el otro miembro de la pareja una vez abandone la terapia vuelva a las actitudes o conductas anteriores al proceso terapéutico.

Las estrategias que el profesional puede utilizar ante estas situaciones difíciles pueden ser:

- identificar la posible presencia de pensamientos y actitudes negativas,
- interpretar o explicar los problemas que afecten a la pareja,
- identificar los beneficios positivos aportados por las tareas realizadas,
- atribuir una intención positiva a cualquier de las conductas que se están trabajando,
- reetiquetar en términos positivos,
- tranquilizar a la pareja respecto a su comportamiento sexual,
- dar permiso,
- tratar a los miembros de la pareja por separado,
- plantear la discrepancia entre los objetivos y lo que están haciendo realmente.

El desarrollo de la terapia sexual ha conocido diversas aproximaciones desde diferentes paradigmas psicológicos y desde múltiples abordajes biológicos y médicos. En este trabajo se parte de una definición funcional de problema sexual, dado que éstos pueden tener diversos orígenes y provenir de ámbitos diferentes, tanto biológicos, como personales y relacionales, a fin de delimitar mejor las estrategias de intervención.

Palabras clave: terapia sexual, trastornos sexuales, problemas interpersonales, factores sociales, terapia de pareja.

Referencias bibliográficas:

- CARROBLES, J. A. (1981). Evaluación de las disfunciones sexuales. En R. Fernández-Ballesteros & J.A.I. Carrobles (Dir.), *Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- CARROBLES, J. A., & Sanz, A. (1991). *Terapia Sexual*. Universidad Nacional de Educación a Distancia: Fundación Universidad Empresa.
- KAPLAN, H. (1978). *Manual ilustrado de terapia sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- KAPLAN, H. (1982). *La nueva terapia sexual*. Madrid: Alianza.
- KAPLAN, H. (1985). *Trastornos del deseo sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- KAPLAN, H. (1985). *La evaluación de los trastornos sexuales*. Barcelona: Grijalbo.
- KAPLAN, H. (1988). *Disfunciones sexuales: Diagnóstico y tratamiento de las aversiones, fobias y angustia sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- KEGEL, A. H. (1952). Sexual Functions of the pubococcygeus muscle. *Western Journal Surgery*.
- LoPICCOLO, J. (1977). Direct treatment of sexual dysfunction in the couple. In J. Money & H. Musaph (Eds.), *Handbook of sexology*. New York: Elsevier North Holland.
- MASTERS, W., & JOHNSON, V. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little Brown & Co.
- MASTERS, W., JOHNSON, V., & KOLODNY, C. (1987). *La sexualidad humana*. Barcelona: Grijalbo.
- SCHOVER, L., FRIEDMAN, J., WEILER, S., HEIMAN, J., & LoPICCOLO, J. (1982). Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions. *Archives of General Psychiatry*.
- SHARPE, L., & Cols. (1976). A preliminary classification of human functional sexual disorders. *Journal of sex and Marital Therapy*, 2 (2), 106-114.
- WOLPE, J. (1969). *La práctica de la terapia de conducta*. México: Trillas.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

La REVISTA DE PSICOTERAPIA es una revista internacional, escrita en castellano, con la colaboración de algunas de las plumas nacionales e internacionales de más reconocido prestigio en el mundo de la psicoterapia, que lleva publicados ya 32 números desde su aparición en el año 1990. Una revista abierta a los planteamientos más actuales de la psicoterapia y receptiva con los más tradicionales.

Una publicación de carácter monográfico y de aparición cuatrimestral, que edita cuatro números al año (dos sencillos y uno doble) con un total de 352 páginas de literatura psicoterapéutica. Una revista dirigida a todos los profesionales de la psicoterapia, la psiquiatría, la psicología y demás trabajadores en el ámbito de la salud mental.

CAMPAÑA DE PROMOCION AÑO 1999 OFERTAS PARA NUEVOS SUSCRIPTORES

MODALIDADES DE SUSCRIPCIÓN

A.- Suscripción para el año 1999 (números 37-40):
Precio de suscripción por 5.000 ptas. (IVA incluido).

B.- Suscripción a *toda la colección* desde principios de 1990 hasta finales de 1999. Oferta por 25.000 ptas. (IVA incluido).
Comprende 40 números, los 36 publicados y los cuatro que faltan por publicar en el momento de esta oferta, excepto números agotados según existencias en el momento de la suscripción.

Para información y suscripciones dirigirse a

REVISTA DE PSICOTERAPIA
GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS, S.L.)
c./ Francesc Tàrraga, 32-34 - 08027 BARCELONA
Tel.: (93) 408 0464 - Fax: (93) 352 4337

LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Gloria Frigola, Máster en Terapia Familiar, The Family Services Agency, Inc.
640 East Diamond Avenue, Suite A. Gaithersburg, Maryland 20877-5323. USA
E-Mail: Gfrigola@AOL.COM

Sexual disfunctions form a nosologic category which include psychophysiological syndromes that affect sexual responses. All of them refer to anxiety responses inhibiting the sexual desire and excitement, as well as orgasm and ejaculation.

Key words: sexual disfunctions, inhibition, sexual desire, excitation, ejaculation, orgasm.

INTRODUCCION

La raíz de las disfunciones psicosexuales es la presencia de ansiedad. Para que la respuesta sexual humana funcione con normalidad, es esencial que el sistema nervioso autonómico esté libre para activar y sostener la respuesta sexual sin incurrir en interferencias del sistema nervioso central/voluntario. Cuando la persona participante en un acto sexual experimenta ansiedad a causa de cualquier conflicto psicológico, esta misma ansiedad tiene la potencia de interrumpir la respuesta autonómica del deseo, de la excitación o del orgasmo.

Aunque las diferentes disfunciones psicosexuales pueden tener diversas causas o conflictos psicológicos en su etiología, y aunque se manifiestan de diferentes maneras y con síntomas hasta contradictorios (véase por ejemplo, la eyaculación precoz vs. la eyaculación retardada), el factor común entre todas las disfunciones es la ansiedad. Por este motivo, presento aquí el Enfoque Sensorial como primer paso en el tratamiento de las disfunciones psicosexuales, ya que esta técnica conductual/cognoscitiva ayuda a reducir la ansiedad general asociada con el contacto sexual. Después de repasar la técnica del Enfoque Sensorial, contemplaremos las diferentes disfunciones sexuales con todas sus particularidades. No obstante, el espacio limitará nuestra exposición a una presentación orientativa respecto al tratamiento de las disfunciones sexuales; para una presentación detallada de los ejercicios conductuales específicos utilizados en la denominada «sexoterapia», se recomienda la obra «Tratamiento de Disfunciones Sexuales: Manual Terapéutico» (Musé, 1994).

EL ENFOQUE SENSORIAL

El enfoque sensorial es un aperitivo que se consume antes del plato principal. Es, sin embargo, un “aperitivo” lo bastante completo en sí mismo que, bien elaborado, puede borrar el mal sabor de amargas experiencias anteriores y, así, estimular el apetito para los postres que vienen después.

Cuando el paciente (y su pareja) consulta al sexólogo, normalmente es con una cierta mezcla de esperanza y escepticismo. Esta ambivalencia proviene de múltiples intentos sin éxito de resolver el problema. Los miedos y frustraciones se han acumulado a lo largo del tiempo, y ahora el tema sexual provoca sentimientos nocivos en la víctima de una disfunción sexual. El hombre con una dificultad de eyaculación precoz o de disfunción eréctil se responsabiliza en exceso por su condición y su recuperación. La mujer que padece de vaginismo o anorgasmia muchas veces se siente desilusionada y frustrada con ella misma. Estas emociones negativas se reflejan tanto a nivel personal como a nivel de pareja; y es frecuente que dentro de la misma persona haya tensiones y autorrecriminaciones en tomo al tema sexual además de las disputas y tensiones que surgen entre los dos individuos de la pareja con motivo de la insatisfacción sexual.

Los ejercicios del método de enfoque sensorial sirven para mitigar esta tensión ya que crean un ambiente relajado en el que se evitan adrede las exigencias por conseguir resultados determinados; y de esta manera son un recurso excelente que se suele utilizar previamente al inicio de los ejercicios específicos para el tratamiento de la disfunción sexual diagnosticada. Los ejercicios de enfoque sensorial dan instrucciones específicas al paciente para relajarse y empezar a disfrutar de la experiencia sensual que generan. Para muchos pacientes este nuevo ambiente que no pone el énfasis en los “resultados”, es decir, sin obsesión por la curación del síntoma principal de la disfunción, es un respiro bien recibido, una rotura con la habitual actitud preocupante y, por lo tanto, el cultivo de una nueva actitud menos seria, más ligera, e incluso divertida. No obstante esto, a otros pacientes, la idea de no “ir al grano” del problema y de “perder el tiempo” con ejercicios que ellos consideran irrelevantes o marginales al problema original, les puede causar impaciencia. Esta impaciencia no carece de significado sino que es sintomática de la misma disfunción sexual; y no hay mejor momento que el comienzo de la terapia para iniciar los cambios cognoscitivos que se precisan para que el tratamiento sea efectivo. Al paciente inquieto se le debe explicar que su postura exigente contribuye a su dificultad sexual y es por ello, disfuncional. Aquí, la principal tarea del terapeuta es convencer al paciente de lo conveniente que será dejar de imponer su propia voluntad sobre el tema sexual (y en consecuencia, ¡dejar de dictar cómo debería procederse con la terapia!).

En este momento es cuando generalmente se presenta una primera lección orientativa al paciente. Sin complicarlo demasiado, es útil explicar la fisiología sexual (Crenshaw, 1983), a fin de demostrar que los viejos intentos de imponer la

voluntad sobre el funcionamiento autonómico de la sexualidad estaban condenados a fracasar, como lo estarían en el caso de continuar aplicándolos en el presente o el futuro. El profesional puede explicar la diferencia entre sistema nervioso central (voluntario) y autónomo (involuntario), y recordar al paciente que sus intentos de imponer la voluntad sobre el sistema autonómico no han tenido éxito (1). De hecho, cuanto más haya insistido el paciente en dominar la respuesta autonómica a través del sistema nervioso central –a través de su voluntad– más habrá interferido en el funcionamiento natural de su propia sexualidad. Es decir, se puede demostrar que lo que más conviene al paciente con una disfunción sexual es rendirse y aceptar que no tiene ningún control directo sobre la respuesta sexual. En otras palabras, ya es hora de que el paciente abandone ese asunto (y ¿qué mejor manera de controlar su impaciencia que pasar las riendas de la terapia al profesional?).

De ese modo, iniciar una terapia con los ejercicios del método de enfoque sensorial está singularmente indicado para crear un espacio relativamente libre de obsesiones por el problema, y para comenzar la terapia con una actitud nueva que promete redefinir el contacto sexual de forma positiva: tanto si hay éxito inmediato en la superación del síntoma, como si no lo hay, el paciente y su pareja como mínimo habrán podido disfrutar del contacto íntimo y sensual que estos ejercicios proporcionan.

INAPETENCIA SEXUAL

La inapetencia sexual es un concepto incómodamente próximo a otros de reputación igualmente lábil como por ejemplo, “el amor”.

¿Cuándo podemos decir que una persona padece de inapetencia sexual? Si nos guiamos por la frecuencia de los contactos sexuales que se realizan, o la capacidad de sentirse entretenido con ideas eróticas, aunque dejando un amplio margen de variabilidad según la edad de la persona y el sexo (Kinsey, 1948, 1953; Hunt, 1974; Malo de Molino, 1992) (2), difícilmente podríamos definir en términos cuantitativos lo que constituiría en definitiva el umbral de la inapetencia sexual (Griffitt & Hatfield, 1985).

Con tanta variedad en cuanto a deseo y a frecuencia de contacto, el valor discriminativo más importante en la evaluación de la inapetencia sexual es si la persona (o su pareja) se siente insatisfecha con su nivel de apetencia (American Psychiatric Association, 1987). En este caso, igual que en el ejemplo del enamoramiento, es mejor dejar que el paciente se autodiagnostique.

Una vez identificada la condición de inapetencia sexual (4), el profesional intenta determinar el origen del problema. Podemos decir de entrada que las causas de la inapetencia sexual se pueden clasificar en tres categorías: 1) Causas médicas (enfermedad crónica, edad avanzada, dolor, desequilibrio hormonal, efectos secundarios de los fármacos), 2) Causas emocionales (depresión, esquizoidismo, estrés, problemas en la pareja), y 3) Causas de un aprendizaje deficiente (inhibición

sociocultural o ignorancia respecto a la sexualidad).

La mayor parte de las causas de la inapetencia sexual caen en las dos últimas categorías que corresponden a factores sociopsicológicos y por lo tanto es una minoría bastante reducida la de casos de inapetencia que tienen una base médica. Si existen bases claras de causas psicológicas y no se presenta ninguna implicación médica, está indicado que se proceda con una terapia psicológica dirigida a resolver las causas del problema al mismo tiempo que se aplica conjuntamente la terapia sexual para facilitar el cultivo de la apetencia sexual (Meyer, 1980). No obstante, si las causas sociopsicológicas están ausentes o si existe una condición física identificable y asociada a la inapetencia (por ejemplo, dispareunia), está indicado realizar una evaluación médica. La norma general aquí, ante la duda de una contribución física al desorden, es que es preferible hacer una revisión médica. Con la inapetencia sexual, ya que se trata de un desorden en el que contribuyen diversos factores, se recomienda ir al ginecólogo o al urólogo, si se considera conveniente hacer una evaluación médica. Son estos los especialistas que mejor pueden determinar si es necesaria una consulta adicional con el médico internista, el endocrinólogo, el neurólogo o el andrólogo.

Una vez se han investigado las posibles influencias físicas en la condición de inapetencia sexual, se intenta establecer la existencia de componentes psicológicos. Cuando se identifica esta contribución psicológica, suele ser necesario mitigar el componente psicológico de forma paralela al tratamiento directo del síntoma original de inapetencia. Psicoterapia, medicación con antidepresivos y asesoramiento de pareja se recetan para resolver la base emocional del problema, conjuntamente a la prescripción de la terapia sexual diseñada específicamente para tratar el síntoma de la inapetencia.

En el caso de un aprendizaje sexual deficiente, está indicada una reeducación del paciente en el campo de la sexualidad que consiste en desafiar los mitos culturales (“las mujeres decentes no disfrutan del sexo”) y superar la falta de orientación sexual con información didáctica sobre la sexualidad. En esta fase de la terapia, una relación de apoyo es el vehículo terapéutico que permite que el paciente pueda abrirse a los cambios de actitud necesarios para desbloquear su potencia sensual/sexual.

En cualquier caso, si la inapetencia proviene de causas físicas, emocionales o de un aprendizaje deficiente, paralelamente al esfuerzo para resolver estas causas, está comprobada la utilidad de una terapia sexual específicamente diseñada para corregir el síntoma de la inapetencia a través de un entrenamiento en la apreciación de la sensualidad.

A pesar de ello, antes de iniciar una terapia para el tratamiento de la inapetencia, y además de determinar el origen de dicha condición, también es conveniente clasificar la disfunción según su grado, utilizando la usual nosología de primer y segundo grado, porque es el grado de inapetencia el que dictará el tipo

de tratamiento sexual más recomendable.

La inapetencia primaria se diagnostica cuando el paciente indica que generalmente, y durante casi toda la vida, ha estado poco o nada interesado por el sexo, mientras que la inapetencia secundaria se diagnostica para la persona que presenta un historial de interés general pero que en este momento de su vida, o en determinadas circunstancias o con determinadas personas, le falta interés. Mientras que la inapetencia primaria se trata de un desorden crónico, y por lo tanto de difícil pronóstico (Kaplan, 1986), la inapetencia secundaria suele representar una condición potencialmente más transitoria y con un pronóstico más optimista. Las personas que padecen de inapetencia primaria a menudo requieren una terapia más gradual, de larga duración y orientada hacia el cultivo básico de la respuesta sexual, mientras que la terapia para la inapetencia secundaria intenta reactivar el interés perdido para enriquecer la experiencia sexual.

DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Las dificultades para conseguir o mantener la erección pueden ser clasificadas según la causa de la disfunción, el grado de impotencia, la frecuencia y las circunstancias de su aparición. El hombre que nunca ha experimentado una erección o que ha pasado una larga temporada sin ninguna a pesar de la estimulación suficiente para provocarla, probablemente sufre una impotencia con base orgánica. En el caso de una impotencia de causas orgánicas, es importante consultar al andrólogo, no solamente para confirmar el diagnóstico (3), sino porque existen tratamientos en forma de medicamentos, cirugía o implantación de prótesis que pueden resolver muchos de estos casos (Ruiz-Castañé, 1992; Crenshaw, 1983).

Si la dificultad eréctil no es total y el hombre puede conseguir una erección espontánea o provocada cuando está solo, pero no en la presencia de una segunda persona, o si al conseguirla no la puede mantener para realizar el acto sexual (penetración y coito), es bastante probable que se trate de una impotencia de origen psicológico. De hecho, aproximadamente el 85 por ciento de los casos de disfunción eréctil provienen de factores psicológicos (Masters & Johnson, 1970).

La impotencia psicogénica puede tomar distintas formas, según la frecuencia y circunstancias de su aparición; puede aparecer de forma transitoria, provocada por circunstancias extraordinarias, (malestar físico, estrés, depresión, influencias de alcohol o drogas, conflicto moral relacionado con la infidelidad, conflictos dentro de la pareja, vergüenza al inicio de una relación nueva) o puede ser crónica, habitualmente frustrante a la hora de intentar mantener relaciones sexuales en circunstancias diversas y no circunscritas.

Las dificultades transitorias para lograr la erección se solucionan por regla general cuando la situación extraordinaria se mitiga o cuando el hombre se acostumbra a ella. El peligro con la impotencia transitoria de convertirse en un trastorno sexual estable solamente se presenta en el caso de que la situación

provocadora se prolongue indefinidamente o cuando el hombre se preocupa excesivamente por los síntomas de la impotencia. De todas formas, la solución de la impotencia transitoria no suele residir en una terapia sexual formal, sino en la psicoterapia. En los casos de la impotencia transitoria, la psicoterapia va dirigida a resolver el conflicto original (cambiando las circunstancias extraordinarias o bien ayudando al paciente a adaptarse mejor), conjuntamente con la disminución de la preocupación por el síntoma mediante el apoyo terapéutico y la divulgación didáctica sobre la naturaleza de la impotencia transitoria, normalizando así la reacción, dado que la mayoría de los hombres, un 65% según Hite (1992), sufren dificultades transitorias para lograr la erección en uno u otro momento de su vida.

Al contrario que la impotencia transitoria, la impotencia crónica (4) es la condición, dentro del diagnóstico general de disfunciones eréctiles, que más se beneficia de una terapia sexual. Aunque hay casos de impotencia crónica cuya causa es un conflicto psicológico de origen traumático que requiere una psicoterapia para su solución, la experiencia nos ha demostrado que la causa de la gran mayoría de los casos de impotencia crónica tiene como base un estado de ansiedad situacional relacionado directamente con la naturaleza interpersonal del acto sexual. Por tanto, la impotencia crónica se tratará mejor con una desensibilización directa de esas mismas circunstancias interpersonales-sexuales. Por esta razón, la terapia cognitivo-conductual tiene un éxito bastante gratificante en el tratamiento de la disfunción eréctil crónica.

La clave en el tratamiento de la disfunción eréctil crónica consiste en crear las condiciones necesarias para que el paciente se sienta lo más relajado posible durante los ejercicios de aproximación al objetivo de realizar la penetración. El apoyo del terapeuta, la preparación cognoscitiva del paciente, y la participación de una mujer afectuosa y paciente son las condiciones que permiten que el hombre afectado por el síntoma de inhibición eréctil empiece a bajar sus defensas y aprenda una nueva manera de responder en una situación sexual en presencia de otra persona (5).

Muchas veces, el hombre que sufre impotencia está excesivamente preocupado por la opinión de los otros y en consecuencia se exige a sí mismo una perfección para poder evitar la crítica. En realidad está tan preocupado por poder “funcionar” sexualmente, y así complacer a su pareja e indirectamente afirmarse a sí mismo, que no goza de la estimulación sensual que corresponde al contacto sexual. El hombre que sufre una disfunción eréctil ve que su valor entero como hombre se refleja en el hecho de lograr o no lograr la erección. La tarea terapéutica es ayudarle a ver que su valor como persona es intocable, no negociable, y que el hecho de tener o no erecciones no le añade ni le resta valor. No tener una erección es simplemente frustrante, pero de ninguna manera es condenable.

Tradicionalmente, el hombre es el foco de atención en el tratamiento de la impotencia, y su mujer le acompaña a la terapia como interesada. No obstante, la ventaja de implicar a la mujer en la terapia, como participante activa desde su inicio,

es un argumento a favor para evitar el enfoque tradicional, y dar énfasis a la solución de la disfunción mediante el tratamiento de la pareja. De esta manera el hombre, tan propenso a sufrir ansiedad de escena, puede compartir esa escena con otra persona que, a su manera, encontrará tantas dificultades como él para responder a las exigencias terapéuticas. Por este motivo, incluimos a la mujer en todos los ejercicios, utilizando una serie de ejercicios paralelos para ella que siguen las mismas tareas en las cuales él está trabajando. El enorme beneficio de llevar la terapia de manera sistémica, implicando a los dos participantes en niveles conductuales, cognoscitivos, afectivos y transaccionales, se revela en las sesiones semanales con el terapeuta; el intercambio es mucho más vivo a la hora de responder a la pregunta habitual de “cómo ha ido el ejercicio” cuando esta pregunta va dirigida a las dos personas de la pareja. En cambio, esta misma pregunta solamente dirigida al hombre suena más clínica y puede reforzar el sentido de que es él quien tiene el problema y que habrá de ser él quien se cure. Tal enfoque, claro está, no ayuda nada a reducir la ansiedad anticipatoria que tan patentemente sufre el hombre con disfunción eréctil.

Una vez conseguida la meta de obtener y mantener la erección el tiempo suficiente para realizar el coito (meta conseguida en aproximadamente el 80% de los casos tratados con terapias cognitivo-conductuales; Steger, 1978), es posible que aparezcan síntomas de eyaculación precoz. Es recomendable no dar demasiada importancia a este síntoma ya que en muchos casos no es más que un síntoma transitorio que desaparece de forma gradual a medida que el hombre gana más confianza. No obstante, en caso de que la eyaculación precoz persista más de tres meses después de haber finalizado la terapia para la disfunción eréctil, sería recomendable empezar una segunda terapia para tratar directamente la eyaculación precoz.

EYACULACION PRECOZ

La recuperación del paciente de la condición de eyaculación precoz constituye un proceso paradójico; en este caso el mejor remedio es no aplicar ninguno. Si aceptamos que en la gran mayoría de los casos de eyaculación precoz no existe ninguna “patología”, que el cuerpo está perfectamente equipado para el coito, la dirección terapéutica ha de tratar de eliminar lo que obstaculice la capacidad natural para prolongar la erección durante el coito, sin intentar rectificar, sanar, controlar, corregir, conquistar, potenciar o remediar lo que ya es perfecto; y es precisamente aquí donde el paciente puede haber cometido errores en el pasado: intentando de mil maneras potenciar su “virilidad”, cuando de entrada la tenía intacta. Solamente era necesario dejar que su cuerpo funcionase de forma natural. Así pues, cualquier intento de influir en el proceso natural es interferir en el mismo proceso, y por lo tanto, suele provocar más disfunciones (6).

Ahora bien, aunque la eyaculación precoz no es una patología, sí es una

disfunción, y esta disfunción tiene sus raíces en la ansiedad como hemos visto en el capítulo anterior. La ansiedad corta la respuesta eréctil y también es la que interfiere en el mantenimiento de la erección una vez conseguida, causando así la eyaculación precipitada.

La eyaculación precoz puede, en algunos casos, tener una base psicodinámica (por ejemplo, el caso del hombre que castiga a la mujer —es decir, a su madre— para robarle el placer de un contacto sexual culminante), puede tener raíces en problemas de pareja (por ejemplo, el hombre que huye del contacto afectivo prolongado en una relación antagonista), puede incluso tener como causa una deficiencia en la educación sexual (por ejemplo, el hombre que se satisface sin considerar las necesidades de su mujer), pero la mayoría de los casos de eyaculación precoz son causados por la denominada “ansiedad de rendimiento” (7), una ansiedad exagerada por satisfacer a su pareja y de este modo afirmarse a sí mismo.

En su intento por prolongar la erección, es típico que el hombre utilice la distracción, procurando no prestar atención a la estimulación sexual mediante el uso de desviaciones mentales (por ejemplo, contando hacia atrás de 100 a 0) o físicas (por ejemplo, mordiéndose disimuladamente el dedo gordo de la mano).

Pero, desafortunadamente, estos intentos de imponer un control directo sobre la eyaculación mediante la distracción no triunfan porque no disminuyen, sino que aumentan, la causa de esa condición, que es la preocupación excesiva por complacer a su mujer, y la ansiedad resultante que esta preocupación provoca.

El tratamiento multidimensional de la eyaculación precoz corrige las dos raíces de la disfunción: 1) reduce la responsabilidad desproporcionada que asume el hombre para la satisfacción sexual de su pareja, y 2) elimina cualquier intento de prolongar la erección por métodos de distracción.

Implicando a la mujer en la terapia desde el principio, y desafiando a la creencia de que es el hombre quien ha de satisfacer a su pareja, se ayuda a mitigar la ansiedad que acompaña a la exigencia de asumir la responsabilidad total del éxito en el encuentro sexual. Al mismo tiempo, eliminando cualquier intento de conseguir el control eyaculatorio mediante la distracción y dirigiendo, por el contrario, la atención de la pareja a las sensaciones sexuales correspondientes al orgasmo, se ayuda al hombre a familiarizarse con su respuesta eyaculatoria y a observarla en vez de interferirla.

Estos dos cambios de actitud (1. Redefinir la responsabilidad para el éxito del sexo, reforzando la idea que cada uno es responsable de la propia sexualidad y no de la del otro, 2. Relajarse y no huir de la estimulación sexual, sino observar cómo funciona el cuerpo sin interferir), crean la base para salir del círculo vicioso de “cuanto más lo intento, peor me sale” (18). Conjuntamente con el cambio de actitud, la recuperación de esta condición perniciosa se consigue con la aplicación de los ejercicios de entrenamiento conductual que corresponden al método de parada/ arranque (Semans, 1956) (19). Con el tratamiento cognoscitivo-conductual que

sigue este método, la eyaculación precoz llega a tener la tasa más elevada de resolución favorable de todas las disfunciones masculinas, con un pronóstico de éxito terapéutico superior al 90% de los casos tratados (Kaplan,1990).

Aunque el origen de la eyaculación precoz es casi exclusivamente psicológico y, consecuentemente, ésta es una de las condiciones que no suele requerir revisión médica (8), la consecuencia del conflicto psicológico se manifiesta en el síntoma físico, y por tanto, la condición es psicosomática y su tratamiento puede a veces incluir estrategias médicas junto con un tratamiento psicológico. Se puede añadir a la terapia sexual el uso de profilácticos retardantes o la prescripción de medicamentos que retarden directamente la respuesta eyaculatoria o que la retarden indirectamente mitigando la ansiedad instigadora. En todo caso, el uso de estos medicamentos es mucho más efectivo cuando se incluyen en un régimen psicológico, en el que la aplicación de las ayudas médicas se determine teniendo en cuenta las contingencias de la terapia (Musé & McFarland, 1994).

La regla general es prescribir medicamentos solamente en los casos en que la ansiedad sea tan elevada que no se pueda reducir la tensión lo suficiente para poder seguir paso a paso el entrenamiento de las charlas terapéuticas, los ejercicios de desensibilización y la casete de relajación. En estos casos se puede prescribir un tranquilizante para que el sujeto lo tome una hora antes del encuentro sexual. Además de los ansiolíticos, se considera positivo el uso conjunto de antidepresivos (Meston, 1992) y de bloqueadores periféricos (Reckler,1985), como recurso para retardar la eyaculación.

EYACULACIÓN RETARDADA

La incompetencia eyaculatoria, una de las condiciones menos vistas en la consulta sexológica (9), consiste en la dificultad de incitar la respuesta orgásmica masculina y de ejecutar su reflejo eyaculatorio concomitante. La condición de incompetencia eyaculatoria se divide tradicionalmente en dos diagnósticos distintos: eyaculación retardada y eyaculación retrógrada.

El diagnóstico de eyaculación retardada se refiere a la dificultad para provocar el orgasmo cuando hay una suficiente estimulación del pene, mientras el diagnóstico de eyaculación retrógrada se refiere a la dificultad para expulsar el líquido de semen después de haber efectuado el reflejo orgásmico. En todo caso, el segundo diagnóstico (eyaculación retrógrada) es una condición con una base puramente fisiológica y, por tanto, no será tratada aquí. Cabe destacar, sin embargo, que el diagnóstico alternativo, el de eyaculación retardada, también puede tener en algunos casos raíces físicas, aunque la gran mayoría de los casos tengan una génesis psicológica. Por eso es imprescindible actuar con mucho cuidado en este aspecto, descartando cualquier implicación de tipo médico antes de iniciar un tratamiento conductual. Incluso así, en el caso de la eyaculación retardada, son muy pocos los casos que se atribuyen a una enfermedad física (Masters & Johnson, 1970; Reckler,

1985), y los aspectos fisiológicos que aparecen suelen ser el resultado secundario de algunos medicamentos (10).

El psicoterapeuta solamente podrá confiar en que la aplicación de un tratamiento psicológico no sea precipitada (11) después de que un urólogo realice una exploración al paciente y descarte o remedie cualquier posible factor físico; de todas maneras, la aplicación de una terapia sexual para tratar el componente psicógeno restante es la más indicada en el caso de eyaculación retardada.

Para conceptualizar la dinámica emocional de esta condición, es conveniente agruparla con el diagnóstico paralelo femenino de anorgasmia ya que ambos diagnósticos tienen en común, por distracción o por control excesivo, la inhabilidad para dejarse llevar por la corriente de excitación creciente que naturalmente conduce al punto culminante del orgasmo.

La distracción como causa de la anorgasmia, sea femenina o masculina, tiene como base la inhabilidad para sumergirse psicológicamente en las sensaciones sensuales procedentes de una estimulación mecánica de los genitales. Esta inhabilidad para concentrarse en la estimulación se manifiesta en una despotenciación perceptual de la excitación sexual. Dicho en otras palabras, el sujeto no se concentra en las sensaciones táctiles y no las potencia con la correspondiente implicación emocional. Por el contrario, la actitud es generalmente de relativo desinterés, con una conducta de pasividad. En el sexo femenino esta reacción se encuentra mayoritariamente en mujeres de relativa inexperiencia que, si no hay otros factores patológicos, adquieren con el tiempo más interés sexual a medida que las experiencias acumuladas son positivas. Así, con los años, la mujer generalmente se vuelve más y más orgásmica, al menos hasta los 40 años, cuando hay una estabilización en la experiencia orgásmica (Kinsey, 1953).

El hombre generalmente alcanza la capacidad de eyaculación antes de cumplir los 15 años y mantiene esta capacidad sin ningún tipo de disminución significativa hasta los 50 años (Kinsey, 1948). La mujer suele incrementar su capacidad orgásmica con la edad, mientras que la gran mayoría de los hombres mantienen una habilidad sexual sin disminución significativa con los años. En contraste con esto, en el hombre que sufre de eyaculación retardada por causas de distracción, la habilidad para experimentar el orgasmo cambia con el tiempo y la anorgasmia se suele incrementar con la edad a causa de una tendencia a concentrarse en asuntos ajenos a la estimulación que recibe durante el acto sexual. El hombre propenso a la eyaculación retardada causada por distracción que a los veinte años no ha experimentado dificultades para eyacular con el coito puede encontrar que a los 40 la eyaculación le resulte algo difícil y que a los 50 le sea casi imposible. En efecto, su interés sexual ha disminuido fuertemente con los años; pero no se trata de una sencilla inapetencia sexual por habituación a la rutina sexual con la consecuente declinación en la excitación que acompaña la pérdida de la novedad, sino que se trata de un desinterés sustancial a causa de un desplazamiento del interés sexual por

intereses extrasexuales.

Aquí hemos de hacer una distinción entre la eyaculación diferida, un fenómeno normal, y la eyaculación retardada, una condición patológica. Es casi universal que el hombre con los años sea, en mayor o menor grado, menos propenso a una eyaculación rápida con el contacto sexual (Crenshaw, 1983; Masters & Johnson, 1970). A causa de un incremento en el tiempo de estimulación necesaria para conseguir excitación y a una reducción en su necesidad de efectuar la eyaculación una vez excitado, el paso del tiempo disminuye las exigencias orgásmicas en el hombre. Esta tendencia a notar una reducción gradual en la sensibilidad sexual y, consecuentemente, una eyaculación más espaciada, la denominamos eyaculación diferida. La eyaculación diferida no es una disfunción, sino un proceso natural en el hombre de edad avanzada, y los hombres mayores de 50 años que consultan al sexólogo con este cuadro simplemente requieren que el profesional les asegure que ellos, igual que las mujeres, no tienen ninguna “obligación” de llegar al orgasmo en cada contacto sexual (Kaplan, 1981); de hecho, el hombre maduro puede gozar del coito dos o tres veces por cada vez que eyacula, siempre que aprenda a apreciar el componente sensual-afectivo que el sexo proporciona y deje de lado cualquier imperativo sobre la “necesidad” de experimentar el orgasmo en cada contacto sexual.

Ahora bien, si la eyaculación diferida en sí no se considera una disfunción sexual, la eyaculación retardada es análoga a la anorgasmia secundaria en la mujer y se considera una verdadera disfunción ya que disminuye la capacidad del hombre de potenciar la eyaculación aunque la quiera e intente conseguirla. En el caso de la eyaculación retardada, no se ha experimentado una ligera y gradual disminución en la sensibilidad sexual, sino que el sujeto se encuentra obstaculizado de tal manera que le es casi imposible conseguir el orgasmo porque él mismo lo interfiere. Esta interferencia procede muchas veces de la distracción que provocan algunos pensamientos ajenos a la situación sexual. Durante el coito el hombre está activamente distraído por pensamientos no relacionados con el sexo (preocupaciones de trabajo, familia o personales) o está simplemente divagando mentalmente y por tanto distraído indirectamente por la falta de atención en la actividad sexual. Esta distracción mental frecuentemente va acompañada por una actitud de relativo desinterés; por tanto, la eyaculación retardada con raíces causales en la distracción se presenta con síntomas de relativa indiferencia o incluso de apatía sexual. No obstante, la eyaculación retardada con raíces en la distracción, a diferencia de la simple inapetencia sexual, no representa una simple disminución del interés sexual, sino que refleja un sistema de prioridades en que el sexo se valora menos que otros intereses.

La segunda causa psicológica de la eyaculación retardada procede de un “supercontrol” de la respuesta eyaculatoria, en la cual el hombre frena el progreso natural hacia el orgasmo. En realidad, este freno tiene sus raíces, tanto en el hombre

con eyaculación retardada como en la mujer anorgásmica, en el miedo a ser espontáneo y el sobrecontrol que resulta de ello interfiere en el funcionamiento autonómico, impidiendo el inicio del reflejo orgásmico. Para el hombre, sin embargo, el miedo a perder el control no procede tanto de la preocupación femenina de cometer un acto egodistónico (Heiman & LoPiccolo, 1989), sino que en la mayoría de los casos está causado por la preocupación por complacer a su compañera (12).

Aunque en apariencia pueda resultar paradójico, la preocupación por complacer a la mujer puede llevar al hombre a una eyaculación precoz tanto como a una eyaculación retardada. En ambos síntomas, la preocupación excesiva del hombre trastorna el funcionamiento natural del sistema autonómico, causando una arritmia en la llegada de la eyaculación (13).

Se ha mantenido la hipótesis de que algunos hombres con eyaculación retardada habían aprendido un control directo de la eyaculación porque inicialmente complacían a su mujer con el contacto sexual prolongado, pero que con el tiempo estos hombres fueron las víctimas de este control hasta obstaculizar totalmente la expresión del reflejo orgásmico (Crenshaw, 1983). Es más probable, sin embargo, que el hombre que sufre eyaculación retardada nunca haya tenido un control voluntario sobre su eyaculación (14) y que el aparente “hipercontrol” del que es esclavo no sea más que otra forma de distracción. Es decir, el hombre está tan pendiente de la mujer que se distrae del contacto consigo mismo, perdiendo consecuentemente la percepción de sí mismo como receptor de estimulación erótica. Por esto cuando se masturba puede eyacular sin dificultades ya que no está distraído por pensamientos referidos a satisfacer a la mujer, y centra su atención en sí mismo.

En todo caso, si se trata de una eyaculación retardada por distracción de cogniciones ajenas a la situación sexual (el hombre que siente poco interés sexual porque su prioridad es pensar en el trabajo) o bien se trata de un “hipercontrol” que procede de un enfoque exclusivo en la reacción de la otra persona con quien comparte la situación sexual (el hombre se centra tanto en la respuesta de la mujer, que acaba adoptando la condición de observador y, por tanto, no está en contacto con su propia estimulación), la resolución de esta condición consiste en volver la atención del sujeto hacia sí mismo, y así potenciar una conexión entre la situación estimulante y la recepción perceptual de la misma por parte del hombre. Si el hombre es capaz de concentrarse más en su sexualidad que en la de su mujer y más que en el trabajo, los niños o la economía doméstica, encontrará a través de la estimulación táctil acceso directo a sensaciones, percepciones y emociones que le conducirán a la respuesta orgásmica (15).

DISFUNCIÓN ORGÁSMICA

Aparte de las diversas anomalías anatómicas y fisiológicas (Kaufman, 1985) que pueden influir en reducir la potencia orgásmica femenina (16), la mujer está tan equipada neurológicamente para experimentar el orgasmo como el hombre; e incluso la capacidad de algunas mujeres va más allá de la del hombre en poder tener orgasmos prolongados y múltiples (Masters & Johnson, 1972a). No obstante, aproximadamente una quinta parte de las mujeres que se dirigen al sexólogo lo hacen porque tienen problemas para conseguir el orgasmo (Hawton, 1988; Heiman y LoPiccolo, 1989); y si añadimos la cifra de mujeres completamente sanas que no llegan nunca, o muy infrecuentemente, al orgasmo durante el coito –entre el 50% y el 75%, según el estudio consultado (Heiman & LoPiccolo, 1989; Kaplan, 1981; 1990)– se presenta el interrogante de “¿cómo es posible que, con dos sexos aparentemente iguales en capacidad orgásmica, haya tanta diferencia entre los dos en cuanto a la facilidad de experimentar el orgasmo?”.

La respuesta a este enigma se encuentra en gran parte, en las diferencias culturales respecto a la educación sexual que los dos sexos reciben (Masters & Johnson, 1972b). Por “educación” nos referimos a todo tipo de instrucción formal e informal en la formación de los conceptos, actitudes y conductas de la persona.

Si consideramos la educación sexual recibida en el sentido más amplio de la palabra, veremos que nuestra cultura todavía está repleta de estereotipos que diferencian a los dos sexos. Mitos como “*Todos los hombres son iguales, solamente buscan el sexo*” o “*Una mujer tiene bastante con el amor y no necesita el sexo*” están presentes en dosis elevadas desde el cine, la televisión y la literatura, hasta el bar del barrio, y en la sala de estar de muchas familias. Estos esquemas son un tipo de “profecía auto-realizadora” en que la expectativa perpetúa el hecho, empujando así a muchos hombres a ser más sexuales de lo que son en realidad y, al mismo tiempo, restringiendo la potencia sexual de muchas mujeres (17).

Cuando se considera la dificultad de algunas mujeres para llegar al orgasmo como consecuencia de una educación sexual deficiente, se puede apreciar que una terapia dirigida a los estereotipos culturales que perpetúan la inhibición sexual femenina tendrá un impacto significativo para cambiar el síntoma de la anorgasmia y para mitigar la causa principal de la disfunción: un mal enfoque educativo de la sexualidad. Está claro que hay casos de disfunción orgásmica provocados por razones no asociadas plenamente a la educación sexual, como por ejemplo la anorgasmia como consecuencia de un trauma sexual (Musé, 1993). Pero, gran parte de la disfunción orgásmica es consecuencia de la falta de habilidad para relajarse de manera natural durante la estimulación sexual, y esta incapacidad adquirida suele provenir no tanto de efectos residuales de traumas pasados, como de actitudes y posturas culturales no propicias a la liberación de uno mismo al placer que proviene de forma natural de la excitación sexual. En este sentido, la anorgasmia femenina (18) es paralela en muchos aspectos a las condiciones de las disfunciones orgásmicas

masculinas, es decir, la eyaculación precoz y la eyaculación retardada. Los desórdenes que afectan al orgasmo comparten un hecho común: el trastorno del orgasmo existe a causa de una ansiedad adquirida que interfiere en el funcionamiento normal del reflejo orgásmico.

El tipo de ansiedad que provoca el síntoma varía según la persona, pero se puede decir que los tipos de ansiedad más usuales en relación a los desórdenes del orgasmo son: 1) la ansiedad situacional asociada con el miedo a la intimidad interpersonal, 2) la ansiedad crónica asociada con altos niveles de estrés acumulado, 3) la ansiedad secundaria de la aprensión al fracaso sexual (“*performance anxiety*”), y 4) la ansiedad provocada por conflicto moral. Estas fuentes de ansiedad son comunes a los dos sexos y, por eso, están presentes en un grado u otro en un gran número de casos de disfunciones orgásmicas. A pesar de ello, algunas de las ansiedades asociadas con los desórdenes del orgasmo tienden a agruparse en cuanto a su frecuencia según el sexo del paciente. Mientras la ansiedad asociada a la intimidad interpersonal (timidez) y la ansiedad acumulada por altos niveles de estrés (el ejecutivo o ama de casa “quemados”) suelen afectar a ambos sexos sin distinción notable, podemos decir con cierta confianza, aunque sea una generalización, que los hombres que se presentan por trastornos que afectan al orgasmo manifiestan una ansiedad más vinculada al miedo al fracaso sexual (“*performance anxiety*”), mientras que las mujeres con una disfunción orgásmica muestran una ansiedad más frecuentemente asociada con el conflicto moral (ego-distonía como resultado de la posibilidad de disfrutar de la “fruta prohibida”).

De todas las variables estudiadas en su obra monumental sobre la sexualidad femenina, Kinsey (1953) solamente identificó un factor que influyese psicológicamente en la habilidad de la mujer para sentir el orgasmo: la educación social y religiosa recibida. Es decir, aquellas mujeres que reciben menos valores proscriptivos sobre el sexo experimentan el primer orgasmo antes, y siguen teniendo orgasmos con más frecuencia que las mujeres que reciben una educación social o religiosa de cariz más conservador. A pesar de que los “roles” que definen las diferencias entre un sexo y el otro han experimentado en los países occidentales ciertos cambios en las últimas décadas, ampliando en la mayoría de los casos la opción de la mujer a ser más activa sexualmente, el tradicional “rol” femenino de relativa pasividad y desinterés sexual continúa ejerciendo una influencia importante en la vida sexual de algunas mujeres.

Ya que la variable más identificada en la disfunción orgásmica de la mujer es su orientación actitudinal hacia el sexo, el tratamiento de este desorden consiste principalmente en la reconstrucción cognoscitiva de aquellos esquemas perjudiciales para la recepción y la expresión de una sexualidad espontánea y participativa. Paralelamente a este cambio cognoscitivo, la terapia para la anorgasmia promueve la práctica de nuevas formas de comportamiento sexual, formas que reflejen una nueva actitud de autoresponsabilización en el desarrollo de la sexualidad de la

paciente. Este cambio se consigue mediante la investigación y la expresión de las actitudes sexuales de la mujer en las sesiones terapéuticas y mediante el ofrecimiento por parte del terapeuta de conceptos menos proscriptivos, nuevos conceptos que dejan más posibilidades para descubrir la espontaneidad y la naturalidad dentro de la sexualidad. El terapeuta añade una información didáctica donde ve una carencia y promueve actitudes que engendren la libre expresión de la sexualidad. Todo este trabajo se hace dentro de la relación terapéutica, donde no falta la empatía y el apoyo a la mujer enfrentada con su sistema tradicional de valores. La participación del compañero de la paciente es bastante aconsejable, ya que frecuentemente el hombre también puede sacar provecho de una revisión simultánea de las limitaciones de su educación sexual, y en todo caso, su presencia y participación en la terapia proporciona apoyo a la mujer, y este apoyo puede servir como elemento motivador en momentos difíciles en los cuales la mujer vacila en su propósito de crecer sexualmente.

Además del tratamiento directo de las actitudes disfuncionales, que tantas veces conducen a la inhibición mediante la supervigilancia y el sobrecontrol de uno mismo, la terapia incluye una serie de ejercicios conductuales diseñados para ayudar a la mujer a explorar y potenciar la sexualidad, en privado y en pareja. Estos ejercicios son una mezcla de información didáctica y de instrucción pragmática, y es habitual prescribir la serie completa de seis ejercicios tanto si el diagnóstico es de una anorgasmia total como si se trata de una disfunción orgásmica más circunscrita.

VAGINISMO

Vaginismo, la falta de habilidad para relajar la abertura de la vagina de forma suficiente para permitir la intromisión del pene, es una de las disfunciones sexuales con un índice más elevado de resolución favorable, con casi un 100% de éxito terapéutico (Masters & Johnson, 1970). Este éxito se debe en parte al mecanismo fisiológico relativamente sencillo de la condición, un mecanismo con componentes principalmente musculares y, por tanto, más accesible a la aplicación directa de un entrenamiento fisioterapéutico que otros mecanismos menos palpables como son los que corresponden al sistema circulatorio en la disfunción eréctil o al sistema nervioso en las disfunciones orgásmicas.

El vaginismo afecta aproximadamente a la quinta parte de las mujeres que acuden al sexólogo (Hawton, 1988) y, no sin motivo, un gran número de ellas son enviadas por el ginecólogo ya que la condición suele hacerse notar durante la evaluación ginecológica, imposibilitando a veces el examen del aparato reproductor. Si se da el caso de que la paciente acude al consultorio sexológico enviada por el ginecólogo, es de suponer que la cuestión de una etiología principalmente somática ha sido investigada y descartada. En todo caso, si la paciente comparece en consulta psicológica por iniciativa propia es conveniente tener en cuenta que esta disfunción

requiere, sin excepciones, una revisión médica para descartar las posibles causas orgánicas que pudiesen existir (19), antes de seguir con cualquier tratamiento psicológico.

Una vez realizada la requerida revisión médica, y establecido el origen no organopatológico de la condición, la subsiguiente resolución del vaginismo consiste en un tratamiento psicofisioterapéutico que intenta conseguir que los músculos del primer tercio de la vagina se relajen para permitir el paso del pene. El componente fisioterapéutico del tratamiento es sencillo y consiste en habituar los músculos perineales a aflojarse para que la vagina pueda recibir sucesivamente objetos cada vez de mayor tamaño, hasta poder acomodarse al pene durante la penetración y el subsiguiente coito (Kaplan, 1986, 1988). No obstante, la clave del éxito de la terapia del vaginismo no se encuentra únicamente en la fisioterapia, sino en el apoyo emocional que ha de acompañar a cualquier intento físico de resolver la condición. Por este motivo se envía a la paciente al sexólogo y no al fisioterapeuta; cualquier intento de enseñar a los músculos vaginales a relajarse con métodos puramente fisiológicos que descuide el componente emocional de este desorden psicosomático (20) está destinado en la mayor parte de los casos a fracasar. Como mínimo, la mujer que sufre de vaginismo requiere un apoyo psicológico substancial para poder aplicarse a la tarea de reeducar los músculos en espasmo. Pero es más, en la gran mayoría de los casos de vaginismo hay un componente emocional substancial que exige una solución psicológica antes que el entrenamiento fisiológico tenga posibilidades de triunfar.

Los componentes psicológicos más vinculados a la condición de vaginismo son: 1) Alto nivel de estrés general que promueve una tensión muscular global, 2) Alto nivel de ansiedad asociada al miedo al dolor, al daño físico, o al embarazo, y 3) Conflictos circunscritos con el sexo o con la intimidad, y que incluyen: a) historial de trauma sexual (Alario Bataller, 1993), b) conflictos morales con la sexualidad, c) antagonismo actual con la pareja, y d) homosexualidad no resuelta.

Mientras que en la homosexualidad no resuelta, el trauma sexual y el antagonismo con la pareja pueden requerir psicoterapias individuales o de pareja para resolver la causa del conflicto antes de iniciar una terapia sexual, en el caso de alto nivel de estrés, miedo al dolor o al embarazo y conflicto moral o religioso, es posible la aplicación directa de la terapia sexual conjuntamente con el uso de técnicas para mitigar la preocupación específica. Utilizando técnicas de relajación para reducir el estrés, ofreciendo material didáctico para reducir el miedo al dolor o al embarazo, o promoviendo la reestructuración de cogniciones antagonistas al placer sexual para mitigar el conflicto moral se puede mitigar la causa inicial del vaginismo, dejando así vía libre para el entrenamiento conductual de los músculos vaginales. En los casos de conflictos menos circunstanciales o de un grado más intenso, se puede proceder con una terapia sexual cuando la persona ha evidenciado bastante superación de la causa original como para poder aplicarse en la tarea sexual

sin arriesgar una exacerbación en el conflicto original o sin provocar la utilización de defensas que resistirían a la terapia sexual.

Dejando aparte cualquier contribuyente premórbido al de la apariencia del síntoma del vaginismo, hemos de recurrir para conceptualizar mejor la dinámica de la condición, al modelo del condicionamiento pavloviano para explicar el reflejo muscular del cerramiento espasmódico, y al mismo tiempo, hemos de recurrir al condicionamiento operativo para explicar la fobia que se desarrolla secundariamente a los primeros intentos de penetración sin éxito.

Si las primeras experiencias sexuales están dominadas por la tensión (tensión creada por un trauma sexual previo, o por un conflicto moral, homosexual, o de pareja; tensión creada por la ignorancia, y subsiguiente exageración del riesgo físico de la penetración; o tensión creada por un daño real causado por un intento previo de penetración por el hombre inexperto o insensible; o simplemente una tensión residual a consecuencia de un estrés generalmente descontrolado), esta tensión hará que los músculos de la entrada vaginal se contraigan reflexivamente, y las contracciones musculares, conjuntamente con el intento de penetración del pene, exacerbarán cualquier dolor nominal asociado con la iniciación al coito; y estos primeros intentos de penetración con complicaciones elevarán, en efecto, el dolor y el miedo a un nivel real.

Después de un primer intento fracasado, el dolor y la ansiedad acompañante se generalizan en futuros intentos de penetración, perpetuando un incremento espiral en la tensión, con el resultante aumento de dolor y miedo, y la inevitable consolidación del vaginismo.

Después de unas cuantas repeticiones de este círculo vicioso, la mujer empieza a buscar maneras de evitar la situación angustiosa que representa cualquier intento de coito. Escapar de los encuentros sexuales tiene su recompensa (evitar el dolor y la frustración de la penetración fracasada) y, consecuentemente, refuerza la formación de una verdadera fobia. El resultante vaginismo ya presenta todos los síntomas de este síndrome: miedo a la penetración, tensión y ansiedad anticipadas al contacto genital, evitación del sexo para escapar al trauma imaginario. Cuando el sexo es forzado, cuando ella no lo ha podido evitar, contracciones espasmódicas impiden la penetración, causando dolor y humillación y perpetuando así el miedo a futuros intentos de realizar la introducción del pene.

El tratamiento del vaginismo requiere, entonces, el control de los tres componentes del “*feedback loop*” que componen la condición: 1) reducción en la causa de la tensión inicial, 2) extinción de la respuesta condicionada de contracciones musculares, y 3) descondicionamiento de la reacción fóbica tendente a evitar el intento de intromisión de cualquier falo en la vagina.

Muchas veces se ve con la recuperación del vaginismo la aparición de otra dificultad sexual, previamente tapada por el vaginismo. Con frecuencia se revelan disfunciones orgásmicas cuando la resolución del vaginismo permite el coito libre

(Masters & Johnson, 1970); pero, también puede evidenciarse la inapetencia en la mujer después de la recuperación del vaginismo. Es aconsejable, como lo es en el caso masculino de la recuperación de una disfunción eréctil, esperar un par de meses después del tratamiento con éxito del vaginismo para ver si las nuevas disfunciones desaparecen espontáneamente en el curso de la consolidación de los beneficios de la terapia ya realizada. De todas maneras, si la anorgasmia o la inapetencia persisten más allá de los dos meses postterapéuticos, es aconsejable empezar una segunda terapia para tratar la nueva disfunción.

Finalmente vale la pena comentar que, después de que la mujer ha efectuado su recuperación, se descubre en algunos casos que su pareja también sufre alguna disfunción sexual. En todo caso, es importante diagnosticar tal condición porque la incompetencia eréctil, no apreciada durante la época en que la penetración era imposible, puede evidenciarse durante o después del tratamiento de la mujer y puede causar irritaciones vaginales que tienden a perpetuar el vaginismo, si no se corrige. Con posterioridad al tratamiento del vaginismo, se han identificado también, en hombres con mujeres ya recuperadas del vaginismo, disfunciones como la eyaculación precoz e incluso la inapetencia sexual.

CONCLUSIÓN

El ejercicio de la terapia sexual es, al mismo tiempo, repetitivo e infinitamente variado. La aplicación de métodos conductuales al tratamiento de las disfunciones sexuales ha seguido programas sistemáticos que nos ayudan a diagnosticar y a tratar estos síndromes con orden y con eficacia; y el hecho de tener una orientación clara hacia un problema determinado proporciona confianza al profesional y, vicariamente, crea una expectativa positiva en el paciente respecto a la resolución de sus síntomas (Kelly, 1963). No obstante, el factor humano, en el campo de la sexología como en todo el campo de la psicología, es lo bastante variable como para exigir una continua flexibilidad en la adaptación de los métodos conductuales a las particularidades de cada paciente. En este sentido, se pueden aplicar los programas terapéuticos cognitivo-conductuales a las disfunciones sexuales con la confianza de que en la gran mayoría de los casos funcionarán. Pero, no se puede aplicar ninguno de ellos de manera mecánica, confiando ciegamente en el programa en sí mismo. En definitiva, aquí, como en los programas conductuales en general, se requiere aportar una dosis de humanismo para cada dosis de técnica dispensada (Lazarus, 1971).

La necesidad de ser flexible y "*orientado hacia las personas*" es absolutamente imprescindible cuando se trata de ejercer una terapia que requiere del paciente un trabajo intrapersonal que le obliga a desafiar sus viejas actitudes y sus viejos esquemas no funcionales y que le exige, además, un segundo esfuerzo para realizar una adaptación interpersonal que busca la habilidad de desnudarse emocionalmente delante de su pareja cuando la tendencia hasta ese momento ha sido la de aislarse del contacto íntimo y genuino. Los obstáculos que potencialmente pueden dificultar

este equilibrio delicado entre terapia intrapersonal e interpersonal son múltiples, y el paciente necesita tanto un terapeuta que le apoye comprendiéndole y animándole como un terapeuta técnico que le pueda guiar y dirigir.

Precisamente porque la terapia sexual es, en parte, una terapia interpersonal, no es siempre fácil identificar al paciente como el único responsable en la manifestación de un síntoma sexual circunscrito. La mayoría de las veces, la persona que se presenta con el síntoma sexual lleva a otra persona, necesariamente, a la terapia. Y, esta persona puede ser instrumental en el desarrollo, mantenimiento o curación de la disfunción sexual. En otras palabras, es necesario que el sexólogo esté sensibilizado respecto al papel que la pareja puede tener en el pronóstico favorable o desfavorable de la condición sexual, condición que aparentemente pertenece solamente a uno de los miembros de la pareja, pero que, en algunos casos, debe su existencia a la dinámica de la misma pareja.

Es aconsejable, con carácter de rutina, hacer la evaluación con los dos miembros de la pareja por separado ya que habrá en ocasiones información que no se compartirá con el terapeuta si la pareja está presente: En este sentido, se puede apreciar que la terapia conductual tendrá mucho menos éxito si se descuidan aspectos esenciales en el funcionamiento sentimental de la pareja tales como las relaciones extramatrimoniales, los conflictos reales entre los dos miembros, las expectativas o mitos maritales irreales y no alcanzables (Lazarus, 1985; Huber & Baruth, 1991), o la falta de habilidades comunicativas y afectivas por parte de uno o de los dos miembros de la pareja (Waring, 1988). Es esencial respetar en todas las fases de la terapia la importancia de la relación sentimental de la pareja en el funcionamiento sexual de sus miembros y, en este sentido, es casi siempre preferible incluir desde el inicio al compañero o compañera del paciente en la terapia. No obstante, habrá casos en que esta condición óptima no se pueda cumplir por motivos diversos, y sería un error negarse a la terapia simplemente por la ausencia física del esposo; mientras haya interés y cooperación con los objetivos de la terapia por parte de la pareja del paciente, es perfectamente factible ver en consulta solamente al paciente sintomático, y confiar en las fichas didácticas como método de comunicación con el miembro ausente de la pareja.

Para el paciente que acude a la consulta sin pareja, la posibilidad de incorporar un colaborador sexual remunerado es, muchas veces, un recurso imprescindible para proceder con la terapia. Aunque esta persona no asista a las consultas terapéuticas, su influencia sobre la sintomatología del paciente será notable, como en el caso de la pareja estable y, por esta razón, es necesario que el terapeuta entienda que en realidad está haciendo terapia no solamente con el paciente que tiene delante sino también con una pareja, a pesar de que la segunda persona de esa pareja no esté en la consulta. Por este motivo, la selección y cooperación adecuada del colaborador profesional son factores importantes que determinan en parte el éxito de la terapia.

La selección del colaborador sexual profesional requiere que el paciente esté

dispuesto a entrevistarse con más de un candidato antes de contratar los servicios de una persona. Sobre todo, es importante que el primer contacto con el colaborador no implique contacto sexual. Al principio de la entrevista, el paciente normalmente explicará con claridad al colaborador en potencia que él pagará la hora, pero que no quiere contacto físico, sino que quiere “hablar”. Si el paciente nota que el colaborador le inspira confianza, le explicará su propósito de pagarle por su participación en una terapia sexual. Le explicará en términos generales en qué consiste la terapia y solicitará la reacción del colaborador. Si el colaborador está de acuerdo en participar, el paciente puede concretar hora para otro día para empezar la terapia. Si el paciente no se siente suficientemente cómodo con el colaborador, es mejor que siga entrevistando a otras personas hasta encontrar el colaborador idóneo. Como es de suponer, en el mundo de la prostitución hay tanta variedad de caracteres como en el mundo en general, y la selección del colaborador se puede hacer entre los profesionales disponibles siguiendo un criterio bastante amplio que deje al paciente elegir según sus inclinaciones personales. De hecho, el único criterio que el terapeuta habría de imponer desde el principio es que el colaborador sea capaz de mostrar interés y paciencia, y que esté motivado a participar en la terapia. Las otras características del colaborador, si es más o menos hablador, más o menos atractivo, etc., serán características que el propio paciente tendrá en cuenta a la hora de decidirse. Como se trata de un trabajo especial, suele ofrecerse al colaborador el doble de lo que cobra por una hora, y, claro está, el paciente recibirá instrucciones de usar siempre un preservativo (o de insistir para que el colaborador se lo ponga, si se trata de un paciente femenino) antes de entrar en contacto físico con el colaborador (21).

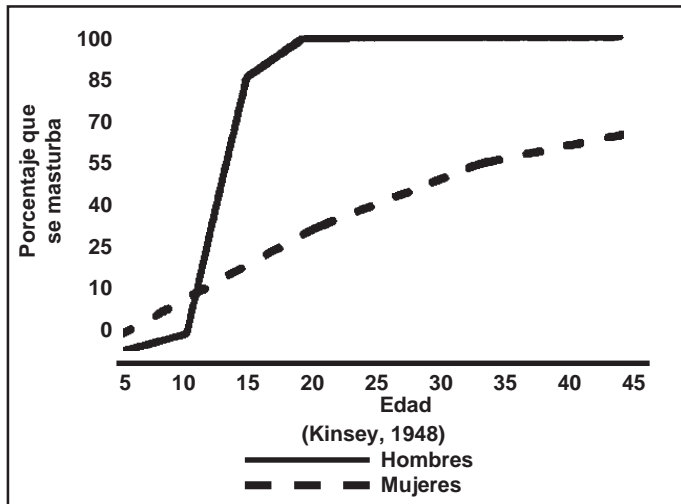
Una vez conseguidas las metas de la terapia, surge el tema del mantenimiento. Está claro que, después de conseguir cualquier nuevo hábito o nueva manera de actuar, es necesario lograr su consolidación mediante la práctica continuada. En sexoterapia, se empieza a espaciar la frecuencia de las consultas poco después de haber acabado el curso prescrito para el tratamiento de la disfunción sexual diagnosticada. Normalmente, una vez finalizado el curso terapéutico, el paciente mantiene contacto con el centro durante tres meses, siendo citado cada dos semanas durante un mes, y después citándole mensualmente durante los dos meses restantes. Durante estos “chequeos” se habla de cualquier dificultad que pudiese haber surgido y se anima a la pareja a mantener el interés y las prácticas sexuales que adquirió durante el curso terapéutico. Es más, se anima a la pareja a continuar creciendo sexualmente y a descubrir su manera particular de expresar el afecto y de hacer el amor; ya que, si existen unas cuantas maneras identificables de hacer el amor erróneamente, no hay límite en cuanto a las variaciones existentes para hacerlo bien. Hay tantas como parejas en el mundo.

NOTAS:

- (1) Es suficiente que el paciente entienda la diferencia existente entre los sistemas nerviosos central y autónomo y que el profesional haga una breve distinción entre las ramas simpática y parasimpática del sistema autónomo, con referencia al factor de interferencia del estrés y la tensión (para la inhibición de la rama parasimpática) durante la fase de excitación y el factor facilitador de la tensión (para la estimulación de la rama simpática) durante la fase orgásmica.

- (2) La fluctuación de la apetencia sexual es considerablemente variable en relación a la edad y el sexo del sujeto. (Ver figura).

- (3) Normalmente es posible determinar la raíz de la impotencia en la primera visita, basándose en la experiencia del paciente. A pesar de esto, hay hombres que no se han observado suficientemente para poder decir cuándo tienen dificultades en la erección, y en estos casos es necesario instruir al paciente para que determine si su dificultad es absoluta o solamente situacional.



El hombre que no se masturba puede dudar si su impotencia con mujeres la provoca la proximidad de ellas u otras razones puramente fisiológicas. En todos los casos se puede entrenar al paciente en la forma de observarse durante la noche para comprobar si tiene una erección nocturna. El hombre sano mantiene la erección un promedio del 20 por ciento del tiempo que duerme, principalmente durante la fase de REM. Si se puede demostrar que la erección se manifiesta durante el sueño, la impotencia es situacional y la causa probablemente psicológica. A pesar de que existe una tecnología específica para registrar la erección nocturna (el llamado "NPT" *Nocturnal Penil Tumescence*), una sencilla observación por parte del paciente sin una tecnología avanzada puede demostrar la presencia o la ausencia de la erección nocturna en la mayoría de los casos. Pero, si el paciente aún no ha podido observar directamente la erección nocturna una vez informado de cómo hacerlo (poniendo el despertador múltiples veces durante la noche para procurar despertarse en medio de un sueño), se puede recurrir a la observación indirecta simplemente envolviendo el pene flácido con una tira de sellos de correos pegando un extremo de la cadena al otro para formar un anillo que envuelva el pene (el llamado «Stamp-Test»). Si el anillo de sellos no está roto al despertarse al día siguiente, es probable que la impotencia tenga una base física, y se considera que está plenamente indicada una visita al andrólogo.

- (4) La nosología tradicional establece diferencias entre la impotencia primaria y la impotencia secundaria; en la primaria el hombre no ha podido realizar nunca el coito, mientras que en la secundaria el hombre ha podido conseguir al menos en una ocasión la penetración, pero después han aparecido las actuales dificultades que hacen que no pueda mantener la erección durante el acto sexual. Nosotros preferimos la terminología transitoria vs. crónica para clasificar la impotencia psicógena porque la distinción inherente a esta terminología se ajusta más a criterios clínicos, permitiendo al profesional orientarse mejor en cuanto a prescribir el plan terapéutico adecuado para cada diagnóstico.
- (5) El tratamiento para la disfunción eréctil en el caso del hombre que mantiene una pareja homosexual es esencialmente el mismo, reemplazando la mujer participante por el compañero masculino.
- (6) Dado que la eyaculación está controlada por la vía simpática del sistema nervioso, cualquier intento de controlarla voluntariamente mediante el sistema nervioso central sitúa al proceso natural frente a la voluntad

de la persona, y de esta oposición suele surgir una exacerbación de estrés y, consecuentemente, un incremento en la actividad simpática, cosa que potencia aún más la eyaculación. Esta lección la aprendieron muy pronto los profesionales del *biofeedback* que observaron que los pacientes que intentaban reducir su tensión “a la fuerza” solían acabar los ejercicios de la sesión de entrenamiento en relajación con más tensión que cuando la empezaron.

- (7) Otro factor de ansiedad encontrado muchas veces en la eyaculación precoz es el efecto residual de la acumulación de estrés no directamente relacionado con el sexo. Las personas con tendencia a sufrir inseguridad generalizada, con rasgos de perfeccionismo y compulsión como defensa para evitar sensaciones de vulnerabilidad hacia la crítica de los demás, pueden padecer altos niveles de estrés crónico a causa de su estilo de vida. Un alto nivel de estrés predispone a la eyaculación precipitada, ya que el sistema simpático está sobrecargado.
- (8) Son pocas las condiciones médicas asociadas con la eyaculación precoz; efectos secundarios de fármacos, diabetes, enfermedades neurológicas (esclerosis múltiple), y trastornos urológicos como la uretritis han sido relacionados en un número muy reducido de casos de eyaculación precoz. El criterio para hacer una consulta al urólogo en casos de eyaculación precoz es que aparezca cualquiera de las siguientes complicaciones: 1) padecer una enfermedad circulatoria, neurológica o sistémica, 2) tomar alguna medicación, 3) tener dificultades para conseguir la erección, 4) padecer algún trastorno en el deseo sexual, 5) haber perdido el control eyaculatorio súbitamente en casos que antes no mostraban síntomas de eyaculación precoz (Kaplan, 1990).
- (9) Aproximadamente un 7% de incidencia en las consultas realizadas por hombres (Hawton, 1988).
- (10) Los medicamentos más relacionados con la eyaculación retardada son: los antidepresivos (tricíclicos e inhibidores de la monoaminooxidasa), algunos antihipertensivos, los barbitúricos, algunos tranquilizantes mayores y diversas hormonas que incluyen corticoides y estrógenos.
- (11) Si el paciente puede llegar a la eyaculación sin demasiada dificultad con la masturbación, este hecho argumenta a favor de un componente psicológico, de tipo interpersonal, en la dinámica de la eyaculación retardada, especialmente cuando la condición solamente se manifiesta durante el mantenimiento intravaginal del pene. Con estas circunstancias, y si se tiene la certeza de que el paciente no toma ningún tipo de medicamento, la consulta con el urólogo se puede considerar opcional.
- (12) Está claro que también existen hombres con un conflicto moral y su inhibición puede manifestarse en dificultades para efectuar la eyaculación. En este sentido, casos como el hombre que no haya experimentado nunca un orgasmo, ni siquiera nocturno, o como el que lo consigue con mucha dificultad ante una mujer, por vergüenza, pueden tener su origen en una educación sexual marcadamente negativa. En el caso de que la eyaculación retardada en el paciente esté provocada por un conflicto moral, es aconsejable proceder con un tratamiento análogo al de anorgasmia femenina.
- (13) Quizás el síntoma manifiesto (eyaculación precoz o retardada) está determinado por el hecho de que la distracción sea o no verdadera. Mientras el hombre que sufre de eyaculación retardada se centra casi exclusivamente en la mujer para ver cómo responde ella, el hombre que sufre de eyaculación precoz intenta distraerse de sus sensaciones sexuales, pero no lo consigue, y está mucho más pendiente de su propia reacción que de cualquier otra cosa, a pesar de su deseo de mantener la atención fuera del ámbito genital.
- (14) Observaciones clínicas (Masters & Johnson, 1970) indican que este sobrecontrol no se adquiere con el tiempo, sino que el hombre presenta una inhabilidad para llegar al orgasmo espontáneamente desde el inicio de sus experiencias sexuales.
- (15) Puede parecer que discrepamos de Kaplan (1981) cuando dice “Recuerde que la manera de retrasar el orgasmo es concentrarse en sus sensaciones y la manera de acelerarlo es distraerse con ideas eróticas”. De hecho, la técnica de distraerse con fantasía erótica para potenciar la eyaculación se recomienda aquí para el tratamiento de la eyaculación retardada cuando procede de inhibición a causa del conflicto moral (véase la nota número 12). Sin embargo, en el caso de eyaculación retardada a causa de la distracción o sobrecontrol, la terapia preferida es la de promover el autoenfoque y potenciar la concentración sobre las sensaciones que proceden del contacto sexual real.
- (16) Algunas de las condiciones que pueden reducir la capacidad de experimentar el orgasmo en la mujer son: adherencias clitoriales, debilidad de los músculos pubocoxígeos, esclerosis múltiple, neuropatías alcohólicas, diabetes mellitus, lesiones traumáticas (por accidente o cirugía) que afecten a la médula espinal o al sistema autonómico al nivel espinal, deficiencias tiroideas, y enfermedades hepáticas o renales. Algunos de los medicamentos que pueden retardar o impedir el orgasmo femenino son: sedantes (por ejemplos

- alcohol o barbitúricos), narcóticos, antidepresivos y antihipertensivos (especialmente los alfabloqueantes).
- (17) Ponemos aquí el énfasis sobre los factores socio-psicológicos que explican las diferencias observadas en el interés sexual y la facilidad orgásmica de los dos sexos. No descartamos, sin embargo, la posibilidad real de que existan diferencias biológicas respecto al interés por el sexo. Al menos se ha de reconocer que la subida espectacular en la actividad masturbatoria de los chicos postpuberales en contraste al incremento más gradual en la autoestimulación en las chicas, difícilmente tiene una explicación puramente socio cultural, especialmente cuando consideramos la conclusión de Kinsey (1948) de que solamente la edad del inicio de la pubertad, es decir, la súbita androgenación del cuerpo, tiene influencia significativa en determinar cuándo aparecerá la primera experiencia orgásmica en el sexo masculino.
 - (18) Tradicionalmente, las disfunciones orgásmicas en la mujer se han clasificado según el criterio de si: 1) la mujer puede sentir el orgasmo en algunos contextos pero no en otros, o 2) la mujer nunca ha experimentado el orgasmo, ni con coito ni con autoestimulación ni con estimulación manual o bucal por su compañero. La primera clase se diagnostica como disfunción orgásmica secundaria o situacional, y la segunda como disfunción orgásmica primaria, o anorgasmia. El diagnóstico de la disfunción orgásmica en términos de primer o segundo grado no altera la aplicación del plan terapéutico para el tratamiento de la disfunción y, por tanto, las palabras “anorgasmia” y “disfunción orgásmica” se utilizan aquí indistintamente.
 - (19) Algunas condiciones que pueden obstaculizar directamente la penetración por razones anatómicas, o que impiden la intromisión por razones fisiológicas, son (Kaufman, 1985): himen imperforado, cribiforme, septe o rígido; defectos congénitos como la agénesis vaginal, o la vagina corta o septe; glándulas con abscesos, especialmente las glándulas de Bartolino; infecciones vaginales como pelviperitonitis y parametritis; infecciones urinarias como la uretritis; irritaciones causadas por una insuficiente lubricación vaginal, especialmente prevalente en la menopausia; dermatosis química como resultado de la sensibilidad a los aerosoles desodorantes; y fricción mecánica, como la producida por llevar tejanos demasiado estrechos o por soportar intentos de penetración frustrados del hombre con dificultades eréctiles (Véanse las páginas 41 y siguientes).
 - (20) El hecho de que la condición se compone de contracciones reales de los músculos que protegen la entrada de la vagina hace que el vaginismo se considere psicossomático y no histérico.
 - (21) Una parte didáctica importantísima en la terapia sexual es la de hablar de los riesgos de embarazo (del Hoyo Calduch, 1985) y de contagio de enfermedades infecciosas asociadas con el sexo (del Hoyo Calduch, 1985). Puesto que el paciente que consulta al psicólogo por razones sexuales suele ser relativamente joven, es necesario asegurarse de que está bien informado sobre las normas de higiene sexual y sobre el control del embarazo. Muchas veces se encuentra que es necesario corregir un déficit de información en esta área (Ferrer, 1986).
-

Las disfunciones sexuales constituyen una categoría nosológica de disintos síndromes psicofisiológicos que afectan por inhibición a la respuesta sexual en cualquiera de sus tres fases: deseo, excitación y eyaculación u orgasmo.

Palabras clave: disfunciones sexuales, inhibición, deseo, excitación, eyaculación, orgasmo.

Nota Editorial:

Porciones de este artículo han sido publicadas en Muse, M. & Frigola, G. (1992). *Manual Didáctic per al Tractament de Disfuncions Sexuals*. Girona: Mensana Publications. El artículo completo nos ha sido remitido por la autora con el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas:

- ALARIO BATALLER, S. (1993). *Intervención psicológica en víctimas de violación*. Valencia: Promolibro.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition, Revised. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- CRENSHAW, T. (1983). *Bedside manner: your guide to better sex*. New York: Pinnacle Books, Inc.
- GRIFFITT, W., & HATFIELD, E. (1985). *Human sexual behavior*. London: Scott, Foresman and Company.
- DEL HOYO CALDUCH, J. (1985). *L' embaràs*. Barcelona: Proa Edicions.
- DEL HOYO CALDUCH, J. (1985). *Malalties de transmissió sexual*. Barcelona: Proa Edicions.
- FERRER, F. (1986). *L'educació sexual a preescolar i E.G.B.* Barcelona: Ediciones CEAC.
- HAWTON, K. (1988). *Terapia sexual*. Barcelona: Ediciones Doyma, S.A.
- HEIMAN, J., & LOPICCOLO, J. (1989). *Para alcanzar el orgasmo: Un programa de crecimiento sexual y personal para la mujer*. Barcelona: Grijalbo.
- HITE, S. (1992). *El informe Hite sobre la sexualidad masculina*. Barcelona: Plaza & Janés.
- HUBER, C., & BARUTH, L. (1991). *Terapia familiar racional-emotiva*. Barcelona: Herder.
- HUNT, M. (1974). *Sexual Behavior in The 70's*. Chicago: Play Boy Press
- KAPLAN, H. (1981). *El sentido del sexo*. Barcelona: Grijalbo.
- KAPLAN, H. (1986). *La nueva terapia sexual*. Madrid: Alianza Editorial.
- KAPLAN, H. (1988). *Manual ilustrado de terapia sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- KAPLAN, H. (1990). *La eyaculación precoz*. Barcelona: Grijalbo.
- KAUFMAN, S. (1985). La evaluación ginecológica en los trastornos orgásmicos de la mujer. En H. Kaplan (Ed.), *Evaluación de los trastornos sexuales*. Barcelona: Grijalbo.
- KELLY, G. (1963). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: The Norton Library.
- KINSEY, A., POMERY, W., & MARTIN, C. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: Saunders.
- KINSEY, A., POMERY, W., MARTIN, C. & GEBHARD, P. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia: Saunders.
- LAZARUS, A. (1971). *Behavioral Therapy and Beyond*. New York: McGraw-Hill.
- LAZARUS, A. (1985). *Mitos maritales*. Buenos Aires: IPPEM.
- MALO DE MOLINO, C. (1992). *Los españoles y la sexualidad*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- MASTERS, W., & JOHNSON, V. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown & Company.
- MASTERS, W., & JOHNSON, V. (1972a). *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica.
- MASTERS, W., & JOHNSON, V. (1972b). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica.
- MESTON, C. (1992). *Psychoactive drugs and human sexual behavior*. Journal of Psychoactive Drugs. 24.
- MEYER, J. (1980). Psychotherapy in sexual disfunctions. En Karasu, T., & Bellack, L. (Eds), *Specialized Techniques in Individual Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- MUSE, M. (1993). Presentación. En S. Alano (Ed.), *Intervención psicológica en víctimas de violación*. Valencia: Promolibro.
- MUSE, M., FRIGOLA, G., & DEL RÍO, R. (1994). *Tratamiento de disfunciones sexuales: manual terapéutico*. Madrid: Tea Ediciones S.A.
- MUSE, M., & MACFARLAND, D. (1994). *La convergencia de la psicología y la psiquiatría: el uso de la medicación conductualmente*. Simposio en el Segundo Congreso Internacional de Psicoterapia Ecléctica. Lion, France.
- RECKLER, J. (1985). Evaluación urológica de los trastornos eyaculatorios: Disfunciones orgánicas en el varón con eyaculación precoz y retardada. En H. Kaplan (Ed.), *Evaluación de los trastornos sexuales*. Barcelona: Grijalbo.
- RUIZ-CASTAÑÉ (1992). *Enfermedades de la peyronie: Generalidades y tratamiento quirúrgico conservador*. Barcelona: Fundació Puigvert.
- SEMANS, J. (1956). Premature ejaculation: A new approach. *Southern Medical Journal*, 49, 353-357.
- STEGE, J. (1978). Cognitive behavior strategies in the treatment of sexual problems. In Foreyt, J. & Rathjen, D. (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy*. New York: Plenum.
- WARING, E. (1988). *Enhancing Marital Intimacy Through Facilitating Cognitive Self-Disclosure*. New York: Brunner/Mazel.

TRATAMIENTO DE EXPOSICION EN UN CASO DE FOBIA SEXUAL

Salvador Alario Bataller

Clínica Psico-Médica (Valencia)

Avda. Blasco Ibáñez, 126 - 6º, 28a, 46022 Valencia

In this article the treatment of a sexual phobia with exposure is described. The patient a 30-year woman, reported a serious trouble from his sexual phobia. The treatment consisted in in-vivo exposure therapy. At the end of 3 years follow-up, the patient was much improved, with an important reduction in target problems and on overall adaption.

Key words: sexual phobia, exposure, treatment, sexology.

1. INTRODUCCIÓN

La literatura especializada sobre los trastornos de ansiedad es muy abundante, especialmente sobre fobias, obsesiones y rituales compulsivos. De un modo especial los trastornos fóbicos han recibido gran atención por parte de los investigadores. Sin embargo, no sucede lo mismo en las fobias sexuales (Silvestry y Suárez, 1989). A pesar de ello, en clínica se observan frecuentemente muchos trastornos sexuales en los que destaca la evitación fóbica de situaciones sexuales y la aversión hacia determinados aspectos del sexo (Crenshaw, 1985).

En términos generales, una fobia se define como un miedo intenso, desproporcionado al estímulo que lo evoca, irracional y que produce la evitación del estímulo que lo desencadena (Marks, 1969). En su momento, se propusieron definiciones más modernas que también contemplaban el área sexual, tratando de adaptarlas a los criterios diagnósticos del DSM-III, ahora ya el DSM-IV. De esta forma, una fobia sexual se caracterizaría por la presencia de un miedo intenso, ilógico y persistente, junto a la evitación activa y sistemática de las situaciones y objetos sexuales. El paciente reconoce que su miedo es ilógico, por cuanto se desencadena ante una situación que objetivamente no es fuente de peligro, es decir, que es desproporcionado considerando racionalmente el riesgo real de la situación u objeto sexual. La evitación fóbica representa una fuente importante de malestar para

el sujeto y deteriora grandemente la capacidad para vivir normalmente, afectando a la vida profesional, familiar, social, etc. (Kaplan, 1988). Como en cualquier fobia, también en la sexual aparecen los rasgos de una emoción patológica: la presencia del miedo, la evitación de las situaciones evocadoras y la pérdida de reforzadores (reales y potenciales) que el problema conlleva (por ejemplo y en este caso, el placer sexual, reforzador *princeps*).

Por otra parte, se han señalado similitudes y diferencias entre la aversión sexual y las fobias específicas. Entre las diferencias cabe resaltar que las aversiones implican emociones no son ni el miedo ni la ansiedad y que sus estímulos evocadores son normalmente diferentes de los que son inherentes a las fobias (Marks, 1987). Las sensaciones que se asocian con las aversiones suelen ser nauseas o “dentera” .

Para otros autores, la situación es distinta. Por ejemplo, para Kaplan (1988) fobias y aversiones sexuales no serían categorías diagnósticas diferentes y, por tanto, el tratamiento sería idéntico en ambos casos. La aversión sexual no sería más que una modalidad de ansiedad sexual caracterizada por reacciones autónomas particularmente intensas, normalmente más severas que las propias de las fobias.

En el DSM-III no aparecen las fobias sexuales junto a los demás trastornos de ansiedad, ni tampoco en el apartado de los trastornos psicosexuales (A.P.A., 1980). En el manual revisado (A.P.A., 1987), dentro de los trastornos del deseo sexual se incluye la categoría de trastorno por aversión al sexo. Este queda definido como un malestar extremo persistente que conduce a la evitación de todos o casi todos los contactos sexuales de tipo genital. La misma situación es la que encontramos en la actual versión de este manual diagnóstico, el DSM-IV (A.P.A., 1994) (tabla 1).

Tabla 1 - Criterios diagnósticos para el trastorno por aversión al sexo según el DSM-IV.
1. Aversión extrema y persistente o recidivante hacia, y con evitación de todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.
2. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
3. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otro trastorno sexual).

Clínicamente, las fobias sexuales pueden presentarse frecuentemente sin ir acompañadas de otra sintomatología especial, clasificándose entonces como una fobia específica. No obstante, se han comunicado casos en los cuales se ha observado crisis de ansiedad o ataques de pánico espontáneos, al igual que sucede en la agorafobia (cfr., Silvestry y Suárez, 1989).

Los objetos fóbico-sexuales, pueden ser totales o específicos, tal como se muestra en la tabla 2, donde aparecen los objetos y situaciones más comunes.

**Tabla 2.- Fobias sexuales totales o específicas
(modificado de Silvestry y Suárez, 1989).**

1. Los genitales del sexo opuesto.
2. Los propios genitales.
3. El intento de penetración.
4. La penetración.
5. La actividad heterosexual.
6. La actividad homosexual.
7. Las fantasías sexuales.
8. Las secreciones y olores de los genitales (semen, fluido vaginal)
9. El fracaso sexual (miedo intenso a la ejecución del coito).
10. Excitación sexual (temor a perder el control).
11. El tocamiento de los senos.
12. Los besos.
13. El rechazo o menosprecio a la otra parte.
14. Desvestirse (que le vean a uno desnudo o desnuda).
15. Ver la desnudez del compañero o compañera.
16. El sexo bucogenital (activo o pasivo).
17. El coito anal (con penetración o intentos de penetración).
18. El placer.
19. El placer erótico.
20. La vinculación o compromiso emocional con la pareja.
21. La intimidad y fidelidad.
22. El enamorarse y ser correspondido.

Tanto para las fobias como para las aversiones, la técnica terapéutica más recomendable es la *exposición* (v., Marks, 1987). Básicamente consiste en el afrontamiento de los estímulos fóbicos hasta que la ansiedad disminuya de manera significativa, impidiendo las conductas de escape y de evitación. A la postre, se trata de suprimir el reforzamiento negativo de las conductas de evitación y de escape, de habituar al sujeto a los estímulos fóbicos (objetivamente inofensivos) y promover una modificación de las expectativas temerosas que la persona tiene ante los objetos y situaciones temidas. Un exámen más detallado de esta técnica puede encontrarse en Marks (1987), Alario Bataller (1993, 1995) y Echeburúa y Corral (1996).

Dicho resumidamente, para optimizar el resultado en la exposición, deben producirse una serie de eventos. A saber:

1. Eliminar la evitación y/o escape.
2. Racionalizar (atribuir los síntomas a sus justas causas).
3. Aprender de la experiencia (pruebas de la realidad/retroalimentación).
4. Estar motivado.

Todo ello añadido a los requisitos inherentes a una exposición efectiva:

1. Ha de ser larga (a grandes rasgos, la ansiedad comienza a decrecer a los 50').
2. Debe haber, por parte del sujeto, implicación emocional y, en relación con ello, cercenar con la evitación, motora o cognitiva.
3. Las exposiciones han de ser frecuentes. La exposición es una técnica muy estudiada y contrastada en sus resultados y, por todo ello precisamente, sus perspectivas de futuro son excelentes.

2. ESTUDIO DE CASO

2.1. Sujeto

Gertrud era una mujer de 30 años, casada y madre de 1 niña. Acudió a consulta a causa de una hipocondriasis; este trastorno se le diagnosticó por primera vez 10 años atrás, si bien ella recordaba que ya desde niña se sentía excesivamente preocupada por su salud y que era demasiado temerosa con respecto a ciertas enfermedades, especialmente el cáncer de mama. El problema se agravó con el tema del SIDA y, según ella, el temor a adquirir esta enfermedad hizo que evitase, cada vez más, las relaciones sexuales con su marido. La evitación sexual, según dijo, ya existía previamente y su ansiedad por el coito la había ocultado desde siempre. Ciertamente, ella informó que el desagrado y la evitación de los temas sexuales eran independientes de su hipocondría, pues ya antes de su casamiento ella sentía un rechazo excesivo respecto a este aspecto de la vida humana. De hecho, anteriormente a experimentar el agravamiento de la problemática hipocondríaca, ya trataba de evitar muchas veces el contacto sexual con su marido y, cuando ello no era posible, trataba de simular satisfacción y orgasmo, a despecho de que para ella fuera un auténtico calvario el realizar el coito.

Su esposo estuvo de acuerdo con ello en lo referente a la escasa frecuencia habitual de sus relaciones sexuales, que apenas se daban una vez al mes, antes de que Gertrud sufriera el agravamiento de su trastorno hipocondríaco. Cuando éste se produjo, aumentó la ansiedad fóbica sexual, que no desapareció cuando la hipocondriasis fue revertida. En ese momento la fobia sexual persistía severa y mereció atención específica para ser eliminada. En realidad, hacía casi dos años que no mantenían relaciones sexuales. La razón de ello estribaba en que se había intensificado la ansiedad durante el coito y que ésta sólo en parte tenía que ver con el temor irracional a la infección por el virus del SIDA. Por lo demás, había aumentado la somatización de la respuesta fóbica, concretada en taquicardia, vertiginosidad, disnea y parestesias, principalmente. Las relaciones sexuales se convirtieron en un auténtico trauma y acabó evitándolas por completo.

No se detectó ningún acontecimiento traumático que pudiese explicitar la génesis de la fobia sexual, más allá de una sensibilización progresiva (condicionamiento aversivo múltiple y acumulativo) y de un incremento en la

vulnerabilidad psicofisiológica consecuente a la intensificación del cuadro hipocondríaco, que abocó en el agravamiento del trastorno fóbico preexistente. Como cabía esperar, en el presente caso clínico, la fobia sexual persistió una vez solucionado el problema somatoforme.

2.2. Evaluación y tratamiento

La evaluación se realizó mediante las entrevistas y las medidas de autoinforme, pero nos ceñiremos solamente a la fobia sexual, soslayando los contenidos propios de la evaluación y tratamiento de la hipocondriasis.

En lo que respecta a la fobia sexual, la fuente evocadora principal de ansiedad y de evitación era el coito. Acto continuo, se explicó a la pareja la naturaleza del problema a tratar y del tratamiento a seguir, elaborándose consecuentemente una jerarquía de situaciones sexuales evocadoras de ansiedad (tabla 3). En el inicio de la intervención, se establecieron los objetivos a conseguir, que consistían en lograr un coito normal y, por ende, eliminar la ansiedad y la conducta de evitación.

Siguiendo el plan establecido, Gertrud fue superando la totalidad de las situaciones descritas en la tabla 3. Únicamente se adelantaba en la jerarquía cuando nuestra paciente toleraba y realizaba relajadamente la actividad precedente, es decir, con 0 “USAs” (unidades subjetivas de ansiedad). En las fobias sexuales, como en otros tipos de problemas ansiosos, la disminución significativa de la

Tabla 3.- Jerarquía de situaciones de exposición in vivo.

Situación	ansiedad subjetiva
01. Permanecer abrazada a él en el sofá	40
02. Que me acaricie la cara y me bese en la misma	45
03. Un beso sin lengua	50
04. Un beso con lengua	55
05. En el sofá, que me toque los senos por encima de la ropa	60
06. Idem 5, pero los muslos por encima de la ropa	65
07. En la cama, con ropa interior, abrazados	65
08. Idem 7, pero con los torsos desnudos	70
09. Completamente desnudos y abrazados	75
10. Idem 9, más besos sin lengua	80
11. Idem 9, más besos con lengua	85
12. Que él toque mis piernas desnudas	85
13. Que toque mis senos	90
14. Que toque mis nalgas	90
15. Que chupe mis senos	95
16. Que me acaricie los genitales	100
17. Tocarle el pene por encima del calzoncillo	100
18. Tocar su pene directamente	100
19. Que practique conmigo el sexo oral	100
20. El coito, cualquiera su forma	100

ansiedad inicial es el criterio adecuado para progresar en la terapia de exposición (Alario Bataller, 1995).

El tratamiento para la fobia sexual tuvo una duración total de 3 meses, si bien la solución completa del caso llevó más tiempo, bastante más tiempo a decir verdad. La terapia de conducta es pronta en sus resultados, pero no tan rápida como algunos creen y muchos desearían. El trato con los pacientes y la solución de sus problemas con eficacia, nos hacen ver con escepticismo esos informes de “clínica ficción”, donde un caso crónico se soluciona en apenas unas semanas y, duendecillos del fortunio mediante, se mantienen incólumes los resultados inclusive en largos controles de seguimiento. La luz ha de quebrar las tinieblas, pero no debe cegar.

2.3. Resultados

Los resultados fueron muy satisfactorios y se consiguieron, en lo relativo a la fobia sexual, en un plazo breve, tres meses exactamente. Con ello tuvo mucho que ver la frecuencia de las sesiones de exposición, condición muy importante para la consecución de resultados positivos, pues la pareja se expuso diariamente -y en más de una ocasión cada día- a las situaciones ansiógenas, venciendo las dificultades inmanentes a una técnica terapéutica que, en sus primeras fases de aplicación, suele ser en cierto grado aversiva, bastante aversiva a decir verdad si se siguen los cánones de una terapia de exposición bien realizada, donde la inducción de niveles moderados en el inicio del tratamiento hará que este sea más breve y mejor en sus logros, si lo comparamos con una exposición demasiado jerarquizada.

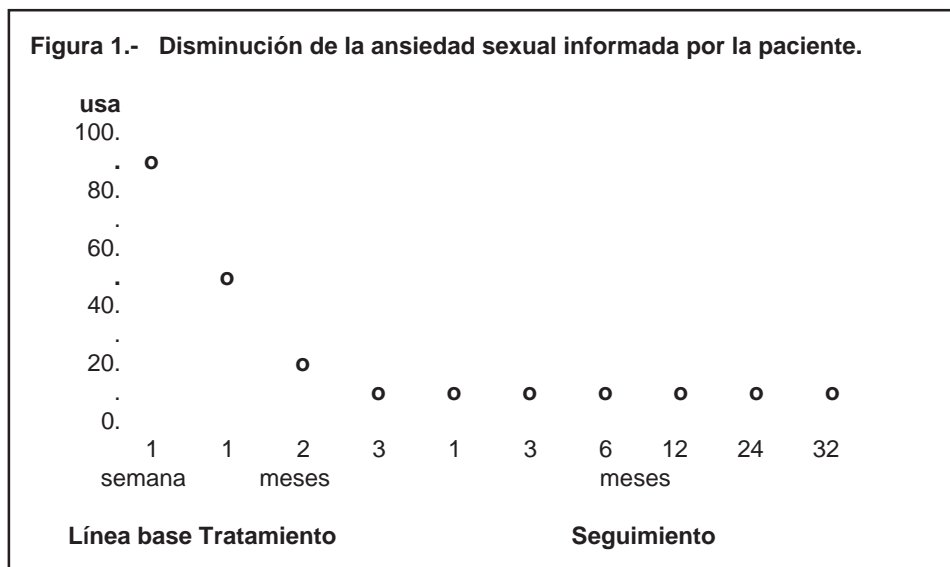
Como consecuencias o metas terapéuticas se establecieron la eliminación de la ansiedad sexual, de la conducta de evitación y, consiguientemente, la realización del coito con tranquilidad, todo lo cual se logró con el programa de intervención diseñado para el caso. Además, los resultados se mantenían al mes, 3 meses, 6 meses, al año, a los dos y a los tres años del alta (figura 1).

3. DISCUSIÓN

En el caso clínico que acabamos de explicar no se evidencia un evento traumático y, por lo tanto, no es posible constatar claramente un proceso de condicionamiento generatriz (clásico), pero sí resulta evidente el proceso de condicionamiento existente en el mantenimiento del trastorno (de tipo instrumental). Se ha constatado, por lo demás, que no son frecuentes los casos en que esto es tan evidente (v., Marks, 1987).

La terapia de exposición *in vivo* es la técnica con mayor apoyo empírico en el tratamiento de los trastornos fóbicos y, en este caso, como en muchos otros donde la ansiedad se encuentra presente, la prevención de respuesta se centraría en la abstención de la evitación de las situaciones evocadoras (cfr., Marks, 1987), no en los rituales, como sucede en el trastorno obsesivo-compulsivo. La terapia de exposición se está aplicando actualmente con eficacia a muchos trastornos diferentes de los que clásicamente han recibido atención por parte de los terapeutas

conductuales, de lo cual el autor ya dejó constancia en el pasado (Alario Bataller, 1993, 1995, 1996).



In this article the treatment of a sexual phobia with exposure is described. The patient a 30-year woman, reported a serious trouble from his sexual phobia. The treatment consisted in in-vivo exposure therapy. At the end of 3 years follow-up, the patient was much improved, with an important reduction in target problems and on overall adaption.

Key words: *sexual phobia, exposure, treatment, sexology.*

Referencias bibliográficas:

- ALARIO BATALLER, S. (1993). *Estudio de casos en terapia del comportamiento*. Valencia: Promolibro.
- ALARIO BATALLER, S. (1995). *Estudio de casos en sexología*. Valencia: Promolibro.
- ALARIO BATALLER, S. (1996). *Muerte y neurosis*. Valencia: Promolibro.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, third edition. Washington, D.C.: A.P.A.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, third edition revised. Washington D.C.: A.P.A.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edition. Washington D.C.: A.P.A.

- CRENSHAW, T. (1985). The sexual aversion syndrome. *Journal of sex and marital therapy*, 11, 4.
- ECHEBURA, E. & DE CORRAL, P. (1996). Técnicas de exposición: variantes y aplicaciones. En F. Labrador *et al.* (Eds.), *Manual de técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- KAPLAN, H. (1988). *Disfunciones sexuales*. Barcelona: Grijalbo.
- MARKS, I.M. (1964). *Fears and phobias*. London: Heiman.
- MARKS, I.M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University Press.
- SILVESTRY, L. & ALONSO, S. (1989). Fobias y aversiones sexuales. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 11/12, 35-41

TRATAMIENTO DE UN CASO DE VAGINISMO

Núria Tió i Rotllan

La Salle, 34, 1r, 17002 Girona

In this article the treatment of a case of psychosexual vaginism is described session by session using a psychophysiotherapeutic approach..

Key words: vaginism, sexology, clinical psychology, homosexuality, penetration.

INTRODUCCIÓN

El caso cuyo tratamiento se expone en este artículo es un trastorno psicosexual por vaginismo. Como es bien sabido, esta disfunción se caracteriza por el hecho de que los músculos de la vagina se cierran espasmódicamente ante cualquier intento de penetración, de manera que la mujer queda imposibilitada para realizar el coito. La musculatura que protege la entrada vaginal ha quedado condicionada (por aprendizaje pavloviano) por algún estímulo doloroso que la mujer ha asociado con la penetración.

Se trata claramente de un trastorno psicósomático que el especialista ginecólogo detecta al explorar vaginalmente la paciente, constatando la tirantez de la musculatura de esta zona.

Aunque el tratamiento de esta disfunción va dirigido directamente a la mujer, su vaginismo afecta a los dos miembros de la pareja. La mujer es la que manifiesta el síntoma, pero debemos valorar adecuadamente qué papel juega el síntoma dentro de la relación de pareja y qué papel desempeña el compañero sexual dentro del síntoma; todo ello es de capital importancia para que el tratamiento cumpla el objetivo principal: que la pareja pueda realizar el coito. Es imprescindible, por lo tanto, que la pareja de la mujer afectada por vaginismo colabore práctica y emocionalmente en todo el proceso.

Normalmente, la evolución de una mujer que viene a tratarse por vaginismo suele ser rápida (unas 8 sesiones de promedio). En el caso que se expondrá, si bien la terapia siguió los pasos habituales, su evolución fue más lenta y complicada de lo habitual.

Referiré el caso sesión a sesión; en ellas queda reflejado el tratamiento y todas las vicisitudes que surgieron hasta llegar al objetivo final. Los nombres de las personas interesadas han sido totalmente inventados para evitar su identificación.

1ª SESIÓN:

La paciente, Julie una mujer de 37 años, comerciante de profesión, vino a mi consulta derivada por la ginecóloga del centro, con el diagnóstico de vaginismo. La exploración ginecológica era normal y el himen era amplio.

El primer día de consulta, la paciente, que vino sola, dijo que no había podido mantener nunca una relación coital completa y satisfactoria. El dolor que sentía, con ocasión del coito, era intenso y localizado en la pared anterior de la vagina. La ginecóloga la pudo explorar bajo el efecto de un ansiolítico. Esta especialista le hizo notar la evidente tirantez de sus músculos vaginales y la conveniencia de seguir un tratamiento sexológico.

Julie refirió que estaba casada desde hacía 12 años y su marido, desde el primer día, le dijo que «si no tenían relaciones (coitales) no pasaba nada, ya que como tampoco querían tener hijos...». La paciente tenía mucho miedo a quedarse embarazada, y el coito lo percibía como un acto doloroso. Al ser ella de familia campesina había visto muchas veces como sus padres llevaban los animales a fecundar y había observado como las hembras «se lo pasaban mal». Incluso ella tenía una perrita que, cuando el perro del vecino la cubrió, «se quedó temblando y con sangre en el sexo» (lo decía con lágrimas en los ojos). Hacía 2 años que Julie se había hecho operar el himen, creyendo así poder solucionar su problema, pero su miedo a la penetración continuaba persistiendo y la contracción muscular vaginal, y por tanto el dolor, no mejoró. Venía a la consulta con un alto grado de motivación.

Con su marido, Charles (40 años, administrativo), el único tipo de relación sexual que compartían era de tipo automasturbatorio, unas 4-5 veces al año. La paciente relataba que no era un hombre efusivo y no le gustaban las mujeres: en realidad, él sentía atracción hacia los hombres, aunque «no se había atrevido nunca a tener una relación homosexual». Estaba en tratamiento psiquiátrico, por depresión, obsesiones y fobias desde hacía tres años a raíz de la muerte de su madre, una mujer controladora y manipuladora, que fue quien buscó a Julie como esposa de su hijo. La paciente decía que «si tuviera que casarme ahora, no lo haría con él; pero es un buen hombre y pienso que si soluciono este problema mejorará nuestra relación de pareja».

En esta primera sesión:

- Le informé sobre qué era el vaginismo: la contracción espasmódica, involuntaria y persistente de la musculatura de la zona vaginal, que imposibilita el coito. Establecimos comprensión visual (mediante dibujos) y cognitiva sobre la naturaleza de su vaginismo. Hablamos largamente de qué significaba que la contracción muscular fuera espasmódica, involuntaria y persistente.

- Le indiqué las posibles causas que habían contribuido al vaginismo: el miedo intenso al coito y al embarazo, experiencias ambas vividas como dolorosas, así como la actitud del marido de no mostrar ningún deseo por la penetración vaginal.

- Le expliqué, asimismo, que era importante que su marido viniera a la consulta para poder expresar dudas e inquietudes y comprender y colaborar en el tratamiento del vaginismo.

2ª SESIÓN:

Julie volvió sola la semana siguiente. Expresó con vehemencia que quería trabajar sola «su problema». A su marido le parecía bien que ella se sometiera a tratamiento para solucionar su vaginismo, pero él prefería, al menos de momento, mantenerse al margen. En este sentido le dije que aceptaba que viniera sola y que trabajaríamos con un sustituto del pene (un vibrador), pero que ella debía saber que la eficacia del tratamiento sólo la podría comprobar cuando pudiera trabajar su vaginismo con el pene de su marido. En esta segunda sesión Julie refirió que la penetración total nunca había sido posible, pero que podía ponerse un tampón, el más pequeño, cuando tenía la menstruación.

El perfil psicológico de la paciente se caracterizaba por la exigencia y la responsabilidad. No había ningún rasgo psicopatológico en su personalidad, salvo una manifiesta ansiedad anticipatoria.

En esta sesión le propuse los primeros pasos del tratamiento:

- *Prohibición del coito.*

- *Relajación general* (escuchando una cassette de relajación)

- Ejercicio de *autoinspección de los genitales*, consistente en una autoinspección visual, delante de un espejo, y táctil. En este ejercicio la paciente mira sus genitales internos y externos desde un estado de relajación, y después efectúa una exploración táctil para ir notando las sensaciones que provienen de la zona genital. No se pretende la masturbación. Siempre propongo en esta autoinspección experimentar *la tensión-distensión vaginal* (ejercicios de Kegel) delante del espejo.

3ª SESIÓN:

Al cabo de una semana, Julie refiere que haciendo la autoinspección genital tuvo vergüenza, se sintió «ridícula». En todo caso, al explorar la vagina decidió introducirse un dedo en su interior, cosa que hizo fácilmente: esto la animó mucho. En esta sesión le enseñé unos ejercicios de tensión-distensión muscular de todo el cuerpo y le hice consciente de su respiración diafragmática.

Finalmente, le propuse el siguiente paso del tratamiento:

- desde un estado de relajación debía *introducir un dedo bien lubricado en la vagina*. Le expliqué que esta inserción debía hacerla a su ritmo, y que si notaba

cualquier molestia, física o psicológica, dejara el dedo quieto, sin sacarlo de la vagina: insistí en que éste era un detalle fundamental del tratamiento. Debía continuar el ejercicio cuando la molestia desapareciera. Una vez dentro, debía mantener el dedo quieto 5 minutos y después practicar movimientos de pistón y circulares. Finalmente, con el dedo quieto en el interior de la vagina, debía practicar el ejercicio de tensión y distensión vaginal, y notarlo intensamente sobre su dedo.

- Practicar los *ejercicios físicos de tensión-distensión muscular y la respiración diafragmática* que aprendió en la consulta.

4ª SESIÓN:

Julie volvió a la semana siguiente y dijo que trabajó en 3 ocasiones la inserción de un dedo. Refiere que se encontró mejor haciendo los movimientos de pistón que los movimientos circulares. En la parte anterior de la vagina, en donde antes notaba dolor, ahora sólo notaba una sensación «desagradable».

En esta sesión le propongo comprarse un vibrador del tamaño del pene de su marido, para poder trabajar con él las próximas semanas.

La propuesta para trabajar en casa fue: *introducir dos dedos en el interior de la vagina*, siguiendo los mismos pasos que cuando se introdujo un solo dedo.

5ª SESIÓN:

La paciente regresó a la consulta a la semana siguiente, habiendo practicado con éxito la inserción de dos dedos en su vagina. Refirió que haciendo los movimientos circulares se encontraba incómoda. Me comentó que, si bien estaba contenta con el progreso que estaba haciendo, le extrañaba que no notase ningún placer. Ella pensaba que una vez pudiese introducir sus dedos en la vagina el placer sería importante. Le dije que aún era demasiado pronto y que tenía que aprender a relajar aún más sus músculos vaginales.

Aún no había adquirido el vibrador: tenía la intención de comprarlo una vez saliera de la consulta.

Le indiqué la conveniencia de que en la próxima consulta ya viniera con su marido.

La propuesta para trabajar en casa fue: trabajar *la penetración vaginal con el vibrador* de la misma manera que había trabajado con los dedos; probando primero con el vibrador parado y haciéndolo vibrar después, cuando se encontrara cómoda. Le especificué que lubricara bien el aparato.

6ª SESIÓN:

Después de dos semanas, vino a la consulta sola: me dijo que, en el último momento, su marido no quiso venir, «como es habitual en él, ya que se pone muy nervioso».

Se compró un vibrador de látex de un tamaño mayor al del pene de su marido.

Su marido, al verlo, «se animó mucho».

Hizo el ejercicio de autoinserción del vibrador en 4 ocasiones: refiere que la sensación que tuvo es la de introducirse una «piedra pómez», y que cuando hacía el movimiento de pistón sentía escozor en la zona donde antes había dolor. Refiere que cuando lo hizo vibrar no notaba tanto el escozor y en cambio sentía más placer. En una de estas ocasiones con el vibrador dentro se masturbó y llegó al orgasmo. Estaba contenta por haber conseguido el orgasmo con el vibrador en el interior de su vagina.

En esta sesión le propongo ir practicando, con el vibrador, los movimientos de pistón y circulares, así como tensionar y relajar la vagina con el vibrador dentro, quieto.

7ª SESIÓN:

Al cabo de una semana la paciente compareció acompañada de su marido.

Empecé por explicar al marido qué era el vaginismo. Charles se sorprendía de que el vaginismo tuviera un carácter involuntario, ya que su mujer «deseaba solucionar su problema», y «si ella quería, debería poder». La comprensión entre *querer* y *poder* solucionar una disfunción sexual es vital para la buena marcha del tratamiento. Expliqué, por ello, que *querer* solucionar el vaginismo, una vez que ya se ha consolidado a través del dolor y de la evitación del coito, no es suficiente: la ansiedad anticipatoria y de ejecución es tan intensa que frustra cualquier querer. En este punto procuré hacerle entender cómo funcionaba el tratamiento: al enseñar a su mujer a *poder* relajar su vagina y al comprobar que, efectivamente, podía, disminuía suficientemente la ansiedad como para que este querer tener relaciones coitales fuera posible.

Charles refirió que «no sabía qué era una penetración vaginal completa» ya que «nunca la había practicado, porque no había insistido en hacerla con su mujer a causa del dolor que ella sentía».

La paciente explicó que había practicado el ejercicio de penetración con el vibrador en 3 ocasiones: el primer día estuvo muy bien, ya que casi no sintió dolor y se masturbó y obtuvo el orgasmo; en las dos experiencias siguientes no consiguió llegar al orgasmo y los ejercicios no fueron tan bien, pero sí mucho mejor que los propuestos en la sesión anterior.

En esta ocasión les propuse un ejercicio sensorial descrito por Kaplan (1986):

- practicar en pareja, durante dos días el *vínculo de placer*, en el que el orgasmo y las caricias en los pezones y en los genitales están prohibidas. El objetivo es darse caricias no sexuales por todo el cuerpo, centrando la atención en la sensualidad que emerge de estas caricias. En esta sesión, pues, no propongo continuar con la terapia del vaginismo: antes quiero tener referencias de cómo viven en pareja un ejercicio no comprometido sexualmente, pero sí emotivamente, como es el *vínculo de placer*. A la paciente le propuse continuar practicando con el vibrador.

8ª SESIÓN:

Vuelven a la consulta la semana siguiente y refieren que han hecho una sola vez el ejercicio del *vínculo de placer*. Propongo que me lo valoren de 0 a 10 puntos, según el grado de goce y bienestar. La paciente lo valora con un 4: «no se acabó de relajar, pensó que su marido se cansaría, etc.». El marido lo valoró con un 5: «no sabía con qué se encontraría, las novedades no le gustan, se relajó bastante, no tuvo ninguna erección, etc.».

Julie practicó una sola vez con el vibrador: en esta ocasión probó de hacerlo sentada en el bidet, y dijo que el vibrador entraba bastante bien y que el dolor se convertía en placer.

Charles dijo que lo que estaba claro era que el miedo al embarazo de su mujer fue la causa de su vaginismo. Él estuvo de acuerdo con ella en no tener hijos, y ahora él «no quería encontrarse con la desagradable sorpresa de que ella quedara en estado». Hay que advertir que la paciente tomaba pastillas anticonceptivas, por lo que la observación del marido suponía una evidente resistencia a avanzar en el tratamiento. Por ello propuse:

- volver a realizar el ejercicio del *vínculo de placer*. Los animé a utilizar sus fantasías favoritas (éste punto era importante, ya que era una pareja en la cual el tipo de relación a que estaban acostumbrados era compartir la automasturbación). A la paciente le recomendé continuar la práctica con el vibrador.

9ª SESIÓN:

Vuelven la semana siguiente y refieren que practicaron el *vínculo de placer* una vez, y los dos valoran el grado de placer proporcionado por el ejercicio en 1-2 puntos más que la vez anterior. Julie se relajó más, al igual que C., que esta vez tuvo una erección. Los dos comentan que se sienten más unidos y que hay una mejor comunicación.

La paciente practicó con el vibrador, y comenta que ha mejorado mucho: «ya no noto como si lo que me introdujera fuera una piedra pómez». Expresa que quería sacar y reintroducir rápidamente el vibrador de la vagina y no pudo. Le explico que, durante el coito, el pene del hombre no sale completamente de la vagina al hacer los movimientos coitales.

En esta consulta les propongo avanzar al siguiente ejercicio sensorial:

- el *vínculo de placer genital*. En este ejercicio se acaricia todo el cuerpo, incluidos los genitales. El objetivo es despertar el deseo, a través de caricias ligeras y estimulantes, si bien el orgasmo continua prohibido. En esta sesión aún no les propongo continuar con la terapia del vaginismo, considerando que es preferible potenciar el aspecto sensual-comunicativo que ha abierto el ejercicio sensorial, para entrar con más garantías de éxito en la terapia del vaginismo, participando el marido. A la paciente le recomiendo continuar practicando con el vibrador.

10ª SESIÓN:

Vuelven a la consulta al cabo de dos semanas y comentan que el ejercicio del *vínculo de placer genital* les ha gustado mucho más que el primero. La paciente lo valora con un 7'5 y su marido con un 7: este ejercicio los ha relajado más, al tiempo que lo encuentran más gratificante. No se entretuvieron demasiado en acariciar los genitales. Comentan que hay más unión y más comunicación entre los dos.

Julie continuó ejercitando con el vibrador: dice que ya no nota molestias vaginales en la introducción del vibrador.

En esta consulta les propongo:

- avanzar en la terapia del vaginismo: *introducción de dos dedos del hombre en la vagina de la mujer*. Consta de dos partes: en la primera, el hombre introduce lentamente un dedo suyo en la vagina de la mujer, siendo la mujer quien dirige la introducción. Una vez dentro se siguen los mismos pasos que antes, cuando la mujer introducía en su vagina un dedo suyo. En la segunda parte, a la cual no se accede hasta que la mujer se encuentra segura con la primera, el hombre introduce dos dedos en la vagina, siguiendo luego los mismos pasos que antes con un dedo.

- repetir el ejercicio del *vínculo de placer genital* utilizando para acariciarse una pluma de ave.

11ª SESIÓN:

Vuelven a la consulta pasado un mes. Comentan que trabajaron el nuevo paso de la terapia del vaginismo y que están muy satisfechos: lo practicaron 4 veces y, excluyendo la primera, las otras tres disfrutaron ambos de la penetración de los dedos del marido. Charles tuvo erecciones.

El ejercicio sensorial con una pluma, lo valoran como muy gratificante y comentan que cada vez saben relajarse y disfrutar más.

En esta sesión les propongo:

- continuar con un nuevo paso del tratamiento del vaginismo: *la inserción del pene del hombre en la vagina de la mujer*. En este ejercicio el hombre está tendido de espaldas en la cama con la mujer situada encima y ella, sentada a horcajadas, va introduciendo, a su ritmo, el pene erecto (y bien lubricado) dentro de su vagina, practicando la distensión vaginal. Una vez dentro, el pene del hombre debe quedar quieto durante 5 minutos, para luego iniciar lentamente, la mujer, movimientos de pistón. El hombre no efectuará ningún movimiento. Para terminar, la mujer, con el pene quieto en el interior de la vagina, practicará los movimientos de tensión y distensión vaginal.

12ª SESIÓN:

Vuelven al cabo de dos semanas: dicen que no han trabajado nada.

Charles dice que «para hacer una penetración, después de 12 años de no intentar nada, se tiene que dar tiempo». La paciente dice que a su marido «todas las

novedades le dan miedo».

En esta sesión, Charles me habla de sus fantasías homosexuales. Charles dice que «se siente homosexual y que cree haber nacido así». Me explica que a los doce años, junto con otros chicos, «practicaban masturbaciones colectivas». Con los de su sexo no ha practicado nada más, aunque tiene muchas fantasías homosexuales. Le pregunto si se masturba mirando vídeos de relaciones homosexuales: me contesta que no, que se masturba observando vídeos de relaciones heterosexuales, pero que «él mira al hombre, le gusta el cuerpo del hombre».

Charles me habla de sus rituales fóbicos: tenía que esconder, antes de irse a dormir, todos los «objetos contundentes» en los que pensaba, ya que «tenía miedo de golpear a su mujer, dormido». La cantidad de objetos que iba escondiendo se fue incrementando de tal manera que decidió ponerse bajo tratamiento psiquiátrico. En la actualidad aún escondía algún que otro objeto amenazador.

En esta sesión, que fue particularmente intensa, puse especial énfasis en la necesidad de superar las resistencias de Charles a colaborar con su pene erecto en el tratamiento del vaginismo. No me entretuve en analizar y/o profundizar en su neurosis. Después de haberlo escuchado, le hice las siguientes reflexiones:

- que ahora era el momento de que dejara de esconder «su objeto contundente» -su falo- y se dedicara a utilizarlo con su mujer -a «agredirla», en cierto modo- penetrándola vaginalmente: que eso era en realidad lo que simbólicamente significaban los objetos que escondía.

- que ahora, después de la «muerte de su señora» (utilicé un lapsus que tuvo él, refiriéndose a su madre), podía escoger entre provocar un cambio en la relación con su mujer y ejercer de marido o bien escoger la relación con los hombres y ejercer de homosexual.

- que era probable que el vaginismo de Julie fuera también consecuencia indirecta del dominio de la madre de Charles. Que él se casara con Julie lo decidió su madre, no él, y fue la madre quién tomó las decisiones importantes de la pareja. Ni Julie ni Charles pudieron ejercer de mujer y marido real: en realidad su relación era fraternal, y *con un hermano no se practica el coito*. Ahora era el momento de decidir por ellos mismos qué tipo de relación querían.

Los cité para que volvieran dentro de 15 días con una decisión tomada sobre el presente y el futuro de su relación de pareja.

13ª SESIÓN:

Volvieron a la consulta al cabo de tres semanas: finalmente habían realizado la penetración, ¡2 veces! Estaban muy contentos los dos. Se sentían más unidos.

La paciente decía que la penetración con el pene de su marido era mucho mejor que con el pene de látex: más suave, más caliente. Hicieron los ejercicios con un preservativo. Julie dice que «aunque ella tome pastillas anticonceptivas utilizamos el preservativo para evitar todavía más el riesgo de embarazo». El primer día del

ejercicio pusieron mucho lubricante en el preservativo, el segundo menos y fue mejor para los dos.

Charles eyaculó en la vagina. Decía que estaba muy satisfecho, sobre todo por Julie, aunque reconocía que también era importante para él.

Les propuse el siguiente paso y último del tratamiento del vaginismo:

- *la realización del coito con movimiento libre* en el que, una vez realizados los pasos del ejercicio anterior, los dos miembros de la pareja pueden empezar a moverse, lentamente al principio y más libremente después, mientras van realizando los movimientos coitales.

14ª SESIÓN:

Vinieron al cabo de una semana: habían practicado el coito tres veces.

Charles dice que hubiera querido moverse dentro de la vagina libremente, pero que Julie lo frenaba. Ella dice que necesitaba controlar el movimiento coital para sentirse más segura. Comentan que antes de hacer la penetración vaginal hacen un buen juego sensual, que los dos encuentran muy gratificante.

Los dos estaban muy animados y la paciente estaba contentísima del progreso y del cambio realizado en su relación sexual.

En esta sesión les di de alta clínica, ya que se habían alcanzado los objetivos del tratamiento

A MODO DE CONCLUSIÓN

En fecha reciente, después de tres años de haber dado el alta clínica, hice una llamada telefónica a Julie para hacer un seguimiento sobre la evolución del trastorno que la llevó a consultarme. Me comentó que la penetración no era dolorosa, pero que al inicio del coito notaba a veces una sensación molesta, que desaparecía con los movimientos coitales. La frecuencia de realización del coito era baja, ya que su marido continuaba prefiriendo otra manera de alcanzar el orgasmo. Me dijo que el tratamiento que hizo de su vaginismo era una de las cosas de su vida de las que más satisfecha estaba.

En este artículo se presenta el tratamiento psicofisioterapéutico de un caso clínico de trastorno psicosexual de vaginismo, detallado sesión a sesión.

Palabras clave: *vaginismo, sexología, psicología clínica.*

Referencias bibliográficas:

- KAPLAN, H.S. (1986). *La nueva terapia sexual*. Barcelona: Alianza.
- KAPLAN, H.S. (1986). *Manual il·lustrat de teràpia sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- KAPLAN, H.S. (1988). *Disfunciones sexuales: diagnóstico y tratamiento de las aversiones, fobias y angustias sexuales*. Barcelona: Grijalbo.
- MASTERS, W.H., & JOHNSON, V.E. (1981). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Inter-médica.
- MUSE, M. (1993). *Manual didàctic per al tractament de disfuncions sexuals*. Girona: Mensana.

EL VAGINISMO COMO UNA CUESTIÓN DE BARRERAS EMOCIONALES

Elena Mariscal

Centro de Tratamiento Psicológico *Atenea*

Avenida Can Serra, 92, 2º, 1ª - 08906 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

The present article considers vaginism from a constructivist viewpoint, regarding the meaning of the symptoms as more important than the direct remediation of it and, thus, offering an alternative therapeutic approach to this condition.

Key words: *Vaginism, constructivism, symptoms, sex therapy.*

Como terapeutas constructivistas partimos de la base de que el síntoma es una parte importante de la construcción vital de la persona y en el momento que aparece tiene un significado idiosincrático que, a veces, cuesta identificar.

Sin embargo en esta ocasión mi cliente estaba más interesada en conocer el por qué del problema que en la solución en sí pues estaba convencida de que ésta sería muy difícil y costosa. Esta demanda ofreció la posibilidad de explorar a fondo el significado del síntoma en las sesiones de psicoterapia. El caso que presentaré a continuación era un problema de vaginismo en el cual el significado del síntoma parece claro. Se trataba de una cuestión de barreras emocionales dentro de la relación de pareja.

El vaginismo se define como una contracción involuntaria de los músculos de la vagina que impide la penetración. Es como si la mujer interpusiera una «barrera psicológica» a su amante imposibilitando la consecución del coito.

Esther acudió a mi consulta con la siguiente demanda:

«Hace siete años que estoy saliendo con el que ahora es mi marido, me casé hace dos meses, y aún no hemos conseguido copular..., quiero saber por qué me ocurre..., pienso que igual estoy reprimida..., puede más el miedo al dolor que las ganas de hacerlo..., me preocupa que no podamos tener una relación plena, como todo el mundo...»

Aunque no habían conseguido el coito en todos estos años Esther alcanzaba el orgasmo sola o con su marido a través de la masturbación clitoridiana. Durante

este tiempo el síntoma se había atribuido al hecho de que no tenían un sitio fijo para las relaciones sexuales y ambos pensaban que cuando tuvieran «su casa» el tema se solucionaría. Aun cuando acuden a terapia su marido sigue pensando que no es necesario, que el problema se solucionará solo.

Esther vivió en su infancia conflictos entre sus padres porque su madre no soportaba que su esposo se relacionara con su familia de origen y llegaba a enfadarse mucho provocando continuos enfrentamientos, debido a esto su padre estuvo mucho tiempo sin relacionarse con ellos. Al parecer estos problemas comenzaron en el inicio del matrimonio pues convivieron durante dos años en el mismo edificio que la familia del marido y se generaron tensiones irreparables entre la joven esposa y la familia de él. En un matrimonio que no funcionaba demasiado bien, la madre de Esther se volcó en sus hijas en una relación de sobreprotección.

Durante la adolescencia Esther se sintió muy reprimida con respecto a sus necesidades de explorar, hacer amistades, etc. Le costaba mucho relacionarse con los demás por su carácter más bien introvertido y porque no se gustaba físicamente. Ella dice textualmente: *«yo estaba regordeta y no gustaba a los chicos»* y por otro lado su madre no la dejaba salir, les «cortaba las alas» a ella y a su hermana con lo cual pasó una adolescencia muy difícil, aburrida y triste. No tuvo ningún novio hasta que llegó a la Universidad y conoció al que ahora es su marido. Con respecto a Luis, su marido explica lo siguiente:

«Me gustó de él que estaba por mí, que le interesaba lo que yo decía..., yo tenía muchas expectativas con él y no se cumplieron..., yo creí que era más fuerte, más activo y con el tiempo me di cuenta de que no era así..., yo esperaba que me animara, que me abriera una puerta, una esperanza..., me decepcionó porque vi que él también estaba limitado para algunas cosas y no se daba cuenta...»

Las primeras relaciones sexuales fueron bastante decepcionantes para ambos y, ya en el primer encuentro sexual apareció el problema del vaginismo. Paralelamente a este hecho Esther explica:

«Luis ponía límites desde el inicio de la relación (exactamente igual que ella con su vaginismo)..., decía que su familia era muy importante y que lo tendría en cuenta con respecto a mí..., además dedicaba muchas horas al trabajo o los estudios y me dedicaba poco tiempo...».

En otro momento repite

«...yo esperaba que lo mío (vaginismo) y lo del trabajo (adicción desmesurada de él por el trabajo) cambiaría cuando nos casáramos..., a los quince días de casados ya me di cuenta de que el problema del trabajo seguía igual» (y el del vaginismo también).

Cuando Esther dice que le dedicaba «poco tiempo» se refiere a que, aunque estudiaban en la misma Facultad vivían en pueblos distantes y sólo se veían un rato el sábado por la tarde, en el caso de que él tuviera algún compromiso familiar

entonces no quedaban. En esta situación Esther, cuyas amistades eran escasas, se sentía de nuevo sola como durante su adolescencia. Hizo intentos de hablar con él, pero al igual que le había sucedido con su madre en el pasado (con el tema de su libertad para salir y relacionarse) se encontró con que Luis no la escuchaba, con una «barrera». De hecho, con respecto a este tema, Esther dice *«Es igual lo que yo diga..., lo dices pero no va a cambiar nada...»*.

Parece que, en el pasado, las actitudes irrespetuosas de su madre en cuanto a sus necesidades forjaron un patrón de indefensión aprendida en Esther que luego se repitió cuando tuvo problemas con su marido puesto que vio desde el principio cosas que no le gustaron de él y aún así continuó la relación a la espera de unos cambios que no acababan de suceder nunca.

En este punto hemos de señalar varios datos importantes:

- Esther esperaba que todo cambiaría cuando estuvieran juntos en «su casa». Sin embargo cuando se casaron ocuparon una casa de los padres de Luis sin pagar alquiler con lo cual ella no se sentía en «su casa».
- Ella tenía grandes sentimientos de soledad que arrastraba desde la adolescencia y por ello parecía esperar que él cubriría estos espacios cuando llegara la convivencia.
- Ella se sintió excluida de la relación de él con su familia (aquí tiene relevancia el dato de los problemas de sus padres con la familia de origen) y paralelamente a esto apareció el problema del vaginismo. La misma barrera que él puso a nivel relacional la colocó Esther a nivel sintomático.
- Esther se enamoró de Luis porque *«se preocupaba por mí»* y Luis se enamoró porque *«me di cuenta de que podía ayudarla, ella me necesitaba mucho...»*. Parece que tenemos servida una «colusión» de necesidades primarias. La portadora del síntoma colusiona como víctima porque el otro miembro de la relación es un «salvador» que quiere ayudar. Quizás ésta podría ser la explicación por la cual una pareja que lleva siete años saliendo no le da importancia al tema del vaginismo y él sigue sin dársela aún cuando empieza la terapia. Esther llegó a decir en alguna ocasión *«parece que lo estoy castigando con lo del vaginismo»*... en efecto, él no se entrega a ella a nivel relacional (siempre ocupado con el trabajo) y ella no se entrega a él a nivel sexual.

En este punto el significado del síntoma parece claro. Esther arrastraba conflictos no resueltos en la adolescencia en cuanto a su identidad (aspecto físico, relaciones sociales, independencia...) que esperaba resolver de forma «mágica» a través del matrimonio, parece que él era algo así como el príncipe que la salvaría de todo aquello..., pero no fue así. El príncipe tenía sus propios problemas y no podía solucionar tantas cosas como ella tenía pendientes con lo cual ella se negó a entregar su virginidad a alguien que, de alguna manera, la estaba decepcionando.

La mayoría de los terapeutas sexuales afirman que el origen de las patologías de este tipo suelen ser problemas de relación. Yo añadiría que, en este caso, no sólo

hay problemas en la relación de pareja sino relacionales en general. Esther arrastraba conflictos del pasado con su madre, con las amistades, miedo a la soledad, etc., que fueron configurando el cuadro del vaginismo.

Quizás sería adecuado decir a nivel metafórico que se trata de un caso de «venganza» en el cual ella no abre barreras porque no encuentra en él la confianza de que le proporcionará «una vida mejor». Ella interpreta que él ponía desde el principio límites a su relación porque «tenía cosas mejores que hacer» y ella también se los puso a nivel sintomático con el vaginismo.

Hemos de comentar que, en este caso, estamos hablando de una persona con rasgos obsesivos, con problemas para confiar y perdonar que, de alguna manera, obliga a que el trabajo psicoterapéutico vaya alternando entre los problemas de la pareja y los conflictos individuales de Esther.

En el momento de la entrega de este artículo esta pareja aún continúa en terapia superando sus rencores del pasado y salvando poco a poco las barreras que interpusieron en su relación. El vaginismo ha pasado a un segundo plano a nivel terapéutico, parece que fue la excusa para buscar ayuda puesto que apenas hablan del tema en las sesiones y tampoco parecen tener prisa por su resolución. Es un caso claro de búsqueda de significado del síntoma por parte de los clientes puesto que sólo así pueden entender su problema, su relación y, con el tiempo, encontrar la solución, seguramente perdonando y confiando..., seguramente... «abriendo barreras».

El presente artículo desarrolla una consideración del problema del vaginismo desde una óptica constructivista, más centrada en la significación del síntoma que del tratamiento directo del mismo, mostrando una forma alternativa de aproximación a este tipo de problemática.

Palabras clave: vaginismo, constructivismo, síntoma, terapia sexual.

PERSPECTIVAS DE LA TEORÍA DE CONSTRUCTOS PERSONALES EN TERAPIA SEXUAL: RECONSTRUCCIÓN DE LA ERECCIÓN Y ELABORACIÓN DE LA EYACULACIÓN

David A. Winter

Psychology Department, Napsbury Hospital, London Colney,
Nr. St. Albans, Herts AL2 1AA, Reino Unido

Personal construct psychotherapy has rarely been applied to sexual disorders. In this paper a constructivist approach is contrasted with alternative methods of treating such problems on three related dimensions concerning whether it (1) is introspective or extropective, (2) views the complaint as representing a personal construction of faulty mechanism, or (3) aims toward personal or normative goals. It will be illustrated by reports of the treatment of two men presenting with sexual complaints, and its technical eclecticism will be compared with integrative trends in sex therapy.

Key words: personal constructs, sexual therapy, erection, ejaculation, psychotherapy integration.

Pese a que el uso de la terapia de constructos personales ha ido aumentando progresivamente en los casos de relaciones conflictivas (Neimeyer y Neimeyer, 1985), prácticamente resulta imposible encontrar datos de su aplicación en «trastornos sexuales». Mi objetivo aquí no es el de proponer nuevas e innovadoras técnicas terapéuticas de constructos personales para dichos trastornos; puesto que pienso que el campo de la terapia sexual sufre ya de una sobreabundancia de técnicas. Más bien, mi objetivo va a consistir en proponer el enfoque constructivista como algo perfectamente apropiado en este campo, y para ello, me centraré en dos temas principales: primero, el contraste existente entre la estrategia derivada de la teoría de los constructos personales con respecto a otras alternativas terapéuticas; y en segundo lugar, el planteamiento de que la psicoterapia de constructos personales aporta a la práctica de la terapia sexual técnicas que provienen de diferentes raíces teóricas (ver Kaplan, 1974).

DIFERENCIAS ENTRE LOS ENFOQUES DE LA TEORÍA DE CONSTRUCTOS PERSONALES Y OTROS ENFOQUES TERAPÉUTICOS ALTERNATIVOS

Introspectivo versus extraspectivo

La mayoría de formas de tratamiento ante los problemas sexuales son extraspectivos (Rychlak, 1968), en tanto que conciben la situación conflictiva presentada por el cliente en términos del marco de referencia impuesto por el profesional. En el proceso de construcción de estos problemas, los clínicos han ido sustituyendo las metáforas peyorativas, como la impotencia o la frigidez, por términos mecanicistas, como «disfunción eréctil» u «orgásmica». Pero, en cambio, se ha prestado muy poca atención al punto de vista de los clientes respecto a sus quejas sexuales: a la posibilidad, por ejemplo, de que construyan su problema como algo que tiene un poder en sí mismo más que a partir de una falta propia; o que tiendan a verlo así antes que tener que concebirse a sí mismos como meras máquinas sexuales; puede ser que precisamente la ausencia de tales nociones mecanicistas de sexualidad se reflejen en los problemas que presentan.

En cambio, el enfoque de la psicoterapia de constructos personales es introspectivo, y se preocupa mucho más por el significado personal que el cliente da a su dificultad sexual. Este significado puede obtenerse a partir de la técnica de la rejilla, como ocurre con Jill, que se queja de falta de deseo sexual, pero para quien el constructo «tener libido» está relacionado con el ser «desconsiderada», «poco amable» y «no preocupada por la familia». En el caso de John, que presentaba un problema de eyaculación no acompañado de la sensación de orgasmo, su rejilla mostraba que veía a la gente capaz de «sentir plenitud sexual» como «dubitativa a la hora de hacer su trabajo», «malos gestores», y poseedores de un «sentido del humor machista, chauvinista y obsceno». Un enfoque terapéutico que no tome en consideración estas construcciones personales de los problemas estará condenado al fracaso, ya que cualquier incremento producido en su arousal sexual hará que se perciban a sí mismos como personas menos adecuadas en determinados aspectos.

Mientras que para la terapia sexual de conducta la reconstrucción (Burns, Hunter y Lieberman, 1980) es algo esporádico, la psicoterapia de constructos personales concibe la reconstrucción como un pre-requisito para el cambio y como el primer objetivo terapéutico en estos casos. En este proceso de reconstrucción, pueden aparecer algunos de los efectos no deseados de la intervención terapéutica. Tomemos como ejemplo el caso de una mujer cuyos resultados en la rejilla indicaban que durante el proceso terapéutico, siguiendo el objetivo de desensibilizarla para conseguir un coito satisfactorio, llegó a reconstruir el sexo como algo bueno y manejable, más que como malo y poderoso. Pero como resultado, pasó a concebir el coito «ya no como algo repugnante, pero en todo caso como algo que no pasaba de aceptable y carente totalmente de interés» (Bannister, 1965, pp. 980-981).

Pese a que otros enfoques parecen compartir el énfasis por lo introspectivo demostrado por la psicoterapia de constructos personales, un estudio más profundo revela a menudo sus raíces extrospectivas. Ciertamente, las terapias psicodinámicas se refieren al significado de las quejas sexuales del cliente, pero lo hacen en términos de constructos como la ansiedad ante la castración, la envidia del pene, y conflictos edípicos (Fenichel, 1945), lo cual puede tener muy poca relación con lo que el cliente entiende por su problema. Las terapias cognitivas, pese a preocuparse por las creencias del cliente, difieren radicalmente de la psicoterapia de constructos personales al concebir estas creencias como irracionales y como algo a erradicar (Kowalski, 1985a), más que como construcciones alternativas potencialmente válidas. Por ejemplo, Ellis (1971, p. 347) afirma que la terapia racional emotiva, la cual debe parcialmente su desarrollo a sus intentos de tratar problemas sexuales, «pone a prueba y ataca despiadadamente las defensas puritanas del cliente», y que la resistencia puede deberse a que «el compromiso del terapeuta sexual con el proceso terapéutico se haya quedado en algo soso y pasivo, en lugar de perseguir activa y decididamente al cliente» (Ellis, 1980, p. 256).

Los terapeutas sexuales demuestran cierta ingenuidad en los métodos que se utilizan para «perseguir» al cliente resistente, cuando asumen el planteamiento extrospectivo de que el cliente se empeña en no aceptar la construcción que tiene el terapeuta del problema y de su tratamiento. Por ejemplo, Lobitz y LoPiccolo (1972) utilizan un depósito de castigo, del cual se va sustrayendo la 15° parte cada vez que se violan las reglas del tratamiento, como fue el caso, por ejemplo, de un afamado gestor, que se resistía a hacer las tareas para casa mientras quedaran fondos en ese depósito. «Una rápida operación mental le convenció de que le salía más rentable renunciar al trabajo e ir a la sesión de terapia con su mujer» (p. 267). Otros terapeutas sexuales se toman las objeciones puestas por los clientes ante los procedimientos terapéuticos como un compendio de juegos malabares eufemísticos, como el caso del hombre descrito por Apfelbaum (1980, p. 286), el cual «se mostraba aterrorizado ante la posibilidad de que le pusieran una sustituta, pero se sintió más seguro cuando le dijeron que no iba a venir una sustituta, sino una terapeuta corporal que iba a trabajar como co-terapeuta».

En cambio, el terapeuta de constructos personales concibe la resistencia de los clientes como «un comportamiento perfectamente razonable desde su perspectiva» (Fransella, 1985, p. 300). La técnica de la rejilla puede poner de manifiesto esta perspectiva, tal y como ocurre con John, cuyo matrimonio, que duraba ya dos años, no se había consumado. La terapia sexual progresó de forma suave, hasta que, al conseguir la penetración, perdió por completo el interés. Su rejilla identificó la razón de tal comportamiento en el estudio estadístico del segundo componente principal (Slater, 1972), que contrastaba la atracción sexual con la afectividad. En este sentido, no podía incrementar el interés sexual por su mujer sin que ello conllevara una menor afectividad hacia ella. Bannister y Bott (1973) han ido más

allá en el estudio de la resistencia a partir de la rejilla, con un método que les permite mostrar que la pareja sólo funciona a nivel sexual cuando es la construcción de la mujer la que domina la relación.

La queja, construcción personal o mecanismo deficitario

En el enfoque de la psicoterapia de constructos personales está implícita la asunción de que los problemas del cliente tienen un propósito en el contexto de sus intentos de anticipar acontecimientos. Szasz (1980, p. 9) adopta una postura similar cuando afirma que «en lugar de ver los trastornos sexuales como enfermedades, podríamos ser algo más positivos e intentar verlos como soluciones que los clientes encuentran ante determinadas situaciones vitales». Los puntos de vista alternativos a esta postura vienen determinados por afirmaciones mecanicistas y reduccionistas que la mayoría de enfoques terapéuticos realizan ante las quejas sexuales, ejemplos extremos en los que se llegan a incluir la implantación de prótesis genitales en clientes con problemas de erección, lo cual les deja en una situación de erección permanente que han de solucionar llevando un braguero (Small, 1983); o intervenciones quirúrgicas en las que se efectúa una reubicación del clítoris en mujeres con falta de orgasmo (Burt, 1977); o estimulación eléctrica de la próstata mediante una sonda anal, que produce la eyaculación cuando ésta se retrasa (Apfelbam, 1980).

Pese a ser extremos, estos ejemplos representan simplemente las extensiones lógicas del planteamiento más común entre los terapeutas sexuales ante las quejas de los clientes, en el que se asume que se trata únicamente de un problema técnico que puede resolverse con la ayuda de las técnicas apropiadas. Para un psicoterapeuta de constructos personales, este punto de vista, al no tomar en cuenta el significado que acompaña a la queja sexual del cliente, seguramente va a subestimar los sentimientos de amenaza, culpa y ansiedad resultantes de la velocidad con la que se va a conseguir un funcionamiento sexual efectivo. Pese a que los terapeutas sexuales sí se preocupan por la ansiedad del cliente, la suelen atribuir a que están anticipando el posible fracaso; en cambio, el terapeuta de constructos personales puede concebir este incremento de la ansiedad como la anticipación de un comportamiento sexual efectivo en alguien cuyo sistema de constructos no puede seguir el ritmo de las implicaciones que conlleva dicha efectividad sexual. El problema del cliente también puede verse como que es esclavo de una «fama» (Fransella, 1972). Algunos terapeutas sexuales, como Apfelbaum, parecen subscribir esta posibilidad: la fama de «eyaculador retardado» de uno de sus clientes le llevaba a anunciarse en revistas de contactos como un «semental». Con un cliente tal, que presumiblemente va a resistirse en terapia, la psicoterapia de constructos personales podría plantearse elaborar una fama de «eyaculador no retardado» que llegara a ser igualmente significativa para esa persona.

Las técnicas que utilizan algunos terapeutas sexuales también pueden facilitar la elaboración de la construcción del 'self' como alguien competente. Así, Lazarus

(1980, p. 153) utiliza la imagería de afrontamiento bajo el presupuesto de que «seremos incapaces de hacer en la realidad todo aquello que no concebamos en nuestra fantasía», mientras Lobitz y LoPiccolo (1972) instruyen a las mujeres con falta de orgasmo a representar un «*role-play*» en el que sí tienen orgasmos. Sin embargo, los comentarios que estos autores hacen al respecto de que su método es «análogo a la terapia del rol fijo de Kelly (1955)» (pp. 268-269), sugiere que existe un malentendido con respecto a lo que se entiende por «terapia de rol fijo», en la que, salvo algunas excepciones, no se intenta llevar a los clientes a los polos opuestos de sus constructos personales, ya que puede conllevar una sensación de amenaza, aunque todo sea de mentira.

Objetivos terapéuticos personales versus normativos

Tanto la psicoterapia de constructos personales como otros enfoques alternativos dirigidos a tratar problemas sexuales pueden también contrastarse en términos de objetivos terapéuticos. En la psicoterapia de los constructos personales, éstos se negocian con los clientes, y se extienden a medida que la terapia avanza, mientras que los terapeutas orientados a la concepción extrospectiva, tienden a trabajar de acuerdo a objetivos normativos. Para muchos de estos terapeutas sexuales, estos objetivos se derivan de las investigaciones de Masters y Johnson (1966) y se encasillan en lo que Greer (1984) ha denominado la religión de lo «orgásmico». Paradójicamente, esta preocupación constante por los estándares normativos pueden llevar a la terapia a exacerbar los comportamientos ansiosos que precisamente se proponía erradicar.

Entre las técnicas de terapia sexual que parecen no estar diseñadas para reducir la preocupación del cliente respecto a su actuación sexual se encuentra el «programa de masturbación en nueve pasos», de Lobitz y LoPiccolo (1972) para mujeres anorgásmicas, en el cual, el paso cinco instruye a las mujeres para que se «masturben hasta que algo pase, o hasta que se cansen o les duela» (p. 268). En la literatura se encuentran numerosos ejemplos (ver Lazarus & Fay, 1982; Kowalski, 1985a) de clientes para los que la terapia sexual conllevaba «implícitas exigencias de aceptar y actuar» y que les dejaba en tal estado que se sentían como «absolutos desastres» (Lazarus, 1980, p. 151). Otro posible peligro de poner demasiado énfasis en que el funcionamiento sexual sea perfecto reside en el enraizamiento de la creencia por parte de la pareja de que su relación sólo será perfecta si consiguen este objetivo tan esquivo. Tal y como indica Fransella (1972), tales fantasías sólo se mantienen si el cambio se resiste, y quizás explica por qué se observa tan a menudo este patrón en los casos de abandono de la terapia (Arentewicz & Schmidt, 1983).

También en los enfoques psicodinámicos y cognitivos aparece, de forma implícita, esta exigencia de conformidad. Así, Apfelbaum (1980, p. 281) piensa que tanto el tratamiento conductual como el psicodinámico de la eyaculación retardada se basan en la asunción de que el cliente «debe desear y debe gustarle el orgasmo

coital», y «debe superar la sensación de sentirse utilizado o resentido». Pese a que algunos terapeutas cognitivos se muestran críticos (por ejemplo, Kowalski, 1985b) ante la orientación al éxito de la terapia sexual, su propio enfoque no está menos dirigido a la conformidad, tratándose en este caso de una orientación a la norma o al pensamiento racional.

LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES

Después de haber elaborado algunos de los polos de los constructos propios de la psicoterapia de constructos personales, partiendo de los planteamientos de otros métodos alternativos para tratar problemas sexuales, pasaré ahora a describir la forma en que se utilizó este enfoque con dos hombres solteros, Stanley, de 25 años, y Rodney, de 35. Se trató a cada cliente por separado, y se grabaron en audio las sesiones con Rodney. Los principales temas aparecidos durante la terapia son los siguientes.

Elaboración controlada de la queja

En ambos casos, el principal interés se centró en la elaboración controlada de sus quejas, siguiendo la sugerencia de Kelly (1955, p. 963) de preguntarle siempre al paciente de forma que se le anime a «(1) situar sus problemas, si es posible, en una dimensión temporal, (2) ver estos problemas como algo fluido y transitorio, para pasar a interpretar esta transitoriedad como una respuesta a (a) el tratamiento (b) el pasar del tiempo y (c) circunstancias pasajeras». En respuesta a estas preguntas, Stanley comentó que su primera relación sexual la tuvo con 16 años, y que fue cuatro años más tarde, durante una relación que mantenía con una chica que conoció en la Universidad, cuando empezó a experimentar ciertas dificultades con la erección, que poco a poco se fueron haciendo graves. No hallaba explicación para el comienzo de estos problemas, excepto que coincidió con una época en la que abusaba de la bebida. Al dejar la Universidad, para empezar su carrera de músico, «pasó algunas noches con mujeres», de vez en cuando visitaba prostitutas, y comenzó una relación sentimental con Jane, con quien sus problemas con la erección llegaron al punto máximo. El miedo que tenía de que Jane le rechazara a causa de sus problemas sexuales se veían aumentados por el hecho de que Jane mantenía también una relación con otro hombre. Él decidió dejar la relación por miedo a que ella estuviera con él por compasión, y buscó el consejo de un profesional. Su médico de cabecera, al no encontrar bases fisiológicas para su problema, decidió derivarlo a terapia psicológica.

A diferencia de Stanley, Rodney sí conseguía fácilmente la erección, pero era incapaz de eyacular excepto durante las emisiones nocturnas durante el sueño, tratándose este de un problema ante el cual «los terapeutas sexuales se muestran bastante pesimistas» (Apfelbaum, 1980, p. 264). Rodney describió su primera experiencia sexual, cuando tenía 18 años, como «una especie de acto de compasión»

por parte de la novia de su mejor amigo, y las siguientes experiencias como «momentos de pánico». Se preguntaba si quizás sus sentimientos de vergüenza referentes a su cuerpo tendrían que ver con sus dificultades, pero, tal y como él mismo dijo, «normalmente, cuando consigo poner el dedo en la llaga sobre algo que me preocupa, lo soluciono, pero en esto, no puedo decir dónde está la raíz del problema». Además de su problema sexual, experimentaba diversas quejas somáticas, entre las que se incluía el síndrome de colon irritado, y el hecho de haber sido adicto a la heroína a los veinte años, aunque después nunca tomó drogas duras. Nunca había tenido una duración duradera con ninguna mujer, y en la época que descubrió su problema, se pasó tres años evitando completamente las relaciones sexuales. Durante este tiempo, se concentró en obtener algún reconocimiento como escritor, pero su fracaso en esta área le llevó a confrontarse de nuevo con sus problemas respecto a las relaciones personales. Al final, visitó a su médico de cabecera, el cual lo derivó al psiquiatra. El último informe decía que se trataba de alguien «más bien inadecuado en su desarrollo psicosexual» y que se le prescribía tratamiento psicológico.

Como ayuda en la elaboración de su queja, se les pasó a ambos la técnica de la rejilla, en la cual habían tres elementos referidos al «yo»: «Yo ahora», «Yo ideal», «Yo sin el problema sexual». El resto de elementos se elicitan de acuerdo a diversas áreas: madre, padre, otros familiares cercanos, hombres y mujeres que me gustan, hombres y mujeres que no me gustan, una persona en posición de autoridad, mujeres con las que he mantenido una relación sexual, y, en la rejilla de Rodney, mujeres con las que hubiera deseado mantener una relación sexual pero no la tuve.

Este procedimiento de elicitación dio como resultado 17 elementos en el caso de Stanley, y de 16 en el de Rodney. Los constructos se elicitaron siguiendo el método de auto-identificación de Kelly (1955), en el que se presentan sucesivas tríadas de elementos, en los que el «yo» siempre está presente, y se le pregunta al cliente en qué se parecen dos de ellos y difieren del tercero. En el caso de Stanley el elemento «yo» incluido en la tríada fue el «yo ahora», mientras que en el caso de Rodney, la mitad de las tríadas contenían el «yo ahora», y la otra mitad el «yo sin problemas sexuales». Se elicitaron los siguientes constructos:

Rejilla de Stanley:

«Extremadamente honesto y genuino ante los sentimientos propios ↔ largos periodos de tiempo en los que no ha sido honesto»

«Desesperado sin la música ↔ No desesperado»

«Sensación de prejuizarlo todo sin poder controlarlo ↔ el prejuicio no es uno de sus defectos»

«No concebir la posibilidad de poner la otra mejilla ↔ Ser capaz de hacerlo»

«Tener frustraciones que no se pueden contener ↔ si se tienen frustraciones, no tener por qué mostrarlas»

- «No tener sentido del humor ↔ Tener un sentido del humor absurdo»
- «Respetar el orden en el arte y en las cosas domésticas ↔ Amar el caos»
- «Reaccionar a menudo ante la autoridad ↔ No hacerlo»
- «Sentirse a veces culpable de ser 'snob' ↔ Intentar no serlo»
- «A veces le gusta dominar ↔ No le gusta dominar»
- «Facilidad para la escucha en las conversaciones con amigos íntimos ↔ Le gusta hablar»
- «Le gusta explicar cosas que pasan ↔ Sólo se centra en lo esencial»

Rejilla de Rodney:

- «Cuando encuentra a alguien que le gusta, no le cuesta iniciar una relación con esa persona ↔ No ser capaz de hacerlo»
- «Trata las cosas de forma directa, dice lo que quiere decir, y aspira a hacer cosas en la vida ↔ se ahoga en fracasos del pasado y tiene una visión negativa de la vida»
- «Tener una forma engañosa de hacer que los demás hagan cosas ↔ Ser directo y honesto»
- «Asume responsabilidades ↔ Huye de cualquier cosa desagradable»
- «Le falta confianza en sí mismo, se desmonta fácilmente ↔ Fuerte emocionalmente»
- «Abierto, y sin necesidad de usar su masculinidad o feminidad para conseguir las cosas ↔ Juega a juegos basados en la sexualidad»
- «Capaz de expresar emociones y de actuar de forma consecuente ↔ Atrapado en las limitaciones de su propia personalidad»
- «Consciente de uno mismo ↔ Falta de consciencia respecto a uno mismo»
- «Extremadamente abierto y dispuesto a experimentar en cuestiones sexuales ↔ Retraído y con dificultades en expresar los deseos sexuales»
- «Soñador creativo ↔ Anclado en el presente»
- «Capaz de mantener una relación profesional con una mujer que le guste ↔ Fracaso en el intento de la relación profesional»
- «Interesado en cuestiones de arte ↔ No interesado»
- «Metido en cosas emocionales ↔ Inhibido por una conducta que bloquea la posibilidad de progreso»
- «Agradable, amable ↔ Extremadamente machista e insensible»

Además, se suprimió el constructo «tiene dificultades sexuales ↔ no tiene», al igual que determinados constructos que se habían utilizado para discutir sus problemas (por ejemplo, con Stanley, «atractivo sexualmente ↔ poco atractivo», y «digno de amor ↔ indigno de amor», y con Rodney, «tiene *sex-appeal* ↔ no tiene *sex-appeal*). Se puntuó a cada elemento a partir de una escala de 7 puntos para cada constructo.

Se analizaron las rejillas con el programa informático INGRID de Slater

(1972), y se considerarán aquí tres de las medidas obtenidas:

- distancias entre los pares de elementos, que van desde un mínimo de 0 a un máximo que no suele pasar de los 2 puntos; una puntuación baja indica que ambos elementos se construyen de forma similar;

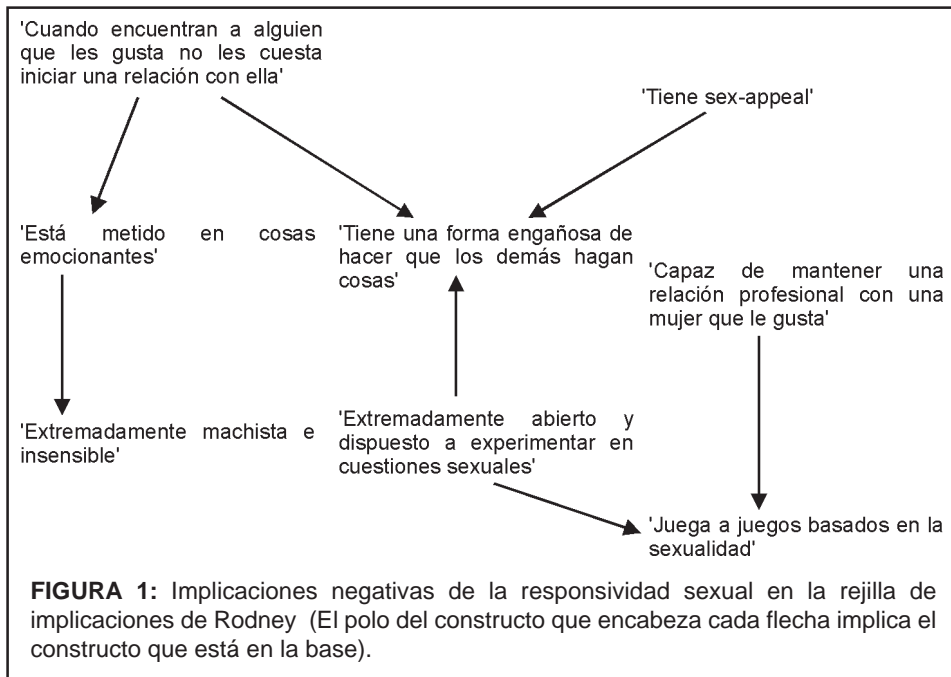
- correlaciones entre pares de constructos: una correlación alta sugiere que los dos constructos tienen un significado parecido para la persona;

- el coseno entre el elemento y el constructo, una medida equivalente a la correlación, en la medida en que el constructo se aplica al elemento.

El análisis de la rejilla de Stanley reveló un nivel alto de autoestima, ya que se encontró una distancia relativamente corta (0,69) entre los elementos «Yo ahora» y «Yo ideal». Sin embargo, también se puso de manifiesto que anticipaba que la recuperación de su potencial lo alejaría de su yo ideal, encontrándose este elemento a una distancia de 0,77 puntos del «yo sin problemas sexuales». Este elemento se construyó de una forma particularmente desfavorable bajo los constructos «honesto-deshonesto» y «digno de amor-indigno de amor», tal y como demuestran los cosenos de -0,52 y de -0,50, respectivamente, de estos dos constructos. Además, su percepción de que a la gente sexualmente atractiva «a menudo les gusta dominar» venía reforzada por una correlación de 0,44 entre ambos constructos. La rejilla de Rodney mostraba que, bajo su punto de vista, «a la gente que no le cuesta iniciar una relación con alguien que les gusta» y que son «abiertos y están dispuestos a experimentar nuevas cosas en el sexo» tienden a «jugar a juegos basados en la sexualidad» (correlaciones entre constructos de 0,33 y 0,32, respectivamente). Una rejilla de implicaciones bipolares que se pasó posteriormente (Fransella, 1972), puso de manifiesto nuevas connotaciones negativas de la sexualidad para Rodney, tal y como se muestra en la Figura 1. En esta rejilla, se le presentaba a él mismo y cada polo de sus constructos, y se le preguntaba cuál de los otros polos de constructos podrían aplicarse a la persona caracterizada por este polo.

Rodney identificaba constantemente el engaño como una implicación de los polos del constructo que se referían a la facilidad para iniciar relaciones sexuales.

Con el fin de verificar algunas de estas construcciones, les pedí a Stanley y a Rodney que pensarán en personas que fueran capaces de compaginar una cierta competencia sexual con la capacidad de tener cualidades humanas positivas. Cada uno pensó en unas cuantas personas, y discutiendo sobre ellas empezaron a cuestionarse la manera en que ellos construían su responsividad sexual. Como confesó Rodney, «no es que objetivamente esté mal, a lo mejor se debe a que yo nunca lo he tenido, a lo mejor me da envidia, y por eso no mi percepción personal no es del todo objetiva». En su caso, se consideró una inconsistencia en su rejilla el hecho de que pese a que por lo general él atribuía características negativas a las personas competentes a nivel sexual, se construía a sí mismo eyaculando al mismo nivel que su yo ideal. Su explicación ante este hecho fue que «no tiene que ser forzosamente igual lo que yo veo en los otros y lo que a mí me me gustaría aplicarme



a mí mismo». Exploramos si su dificultad le permitía mantener una fantasía ideal de que sólo disfrutaría de real placer si eyaculaba. Ante esto, él se describió como «holístico», en el sentido de que al mismo tiempo podía ver los diferentes aspectos de sí mismo como funcionando y como no funcionando. Al pedírsele una auto-caracterización (Kelly, 1955) en la que se percibiera a sí mismo dejando atrás su problema sexual, aparece de nuevo la fantasía de «sólo sí», como se ve en una parte del texto: «Estoy relajado. Me gusta la vida y los acontecimientos de la vida cotidiana. Tengo muchas cosas que hacer, pero aún así, me siento independiente de la rutina laboral. Vendo mis productos creativos y tengo un montón de encargos. Me pagan bien y me gano lo que cobro. Me siento muy orgulloso y seguro de mis éxitos».

Su dificultad para acabar esta tarea, ya que «se quedaba bloqueado» y «no encontraba las palabras» nos permitió mostrarle las dificultades que tenía para realizar sus fantasías ideales.

Elaboración del subsistema de constructos sexuales

Seguidamente, pasé a intentar elaborar la forma en que los clientes construían su sexualidad, pidiéndoles que anotaran mentalmente las veces durante la semana en que se sentían sexualmente activados y, en el caso de Rodney, también un registro diario con la frecuencia de sus impulsos sexuales, junto con una graduación de la intensidad de placer asociado al mismo. Con Stanley, el registro nos permitió

extraer una mayor evidencia de las implicaciones no deseables de la activación sexual, como el hecho de que se sintiera «estúpido», «buscando una presa sin discriminar» e «incapaz de aplicar una mínima sensatez a nada». Con Rodney, para el que la conexión entre placer y cuerpo parecía «un milagro», se utilizaron dos ejercicios adicionales, con el fin de potenciar su conciencia tanto respecto a sus respuestas sexuales como respecto a su cuerpo como fuente de sensaciones placenteras. Primero, tuvo que completar una rejilla con una lista de situaciones sexuales como elementos que fueron consensuados con él: una fantasía sexual, una masturbación, un orgasmo durante la masturbación, un sueño con eyaculación, observar a una mujer atractiva, quedar con una mujer atractiva, un avance a nivel sexual con una mujer atractiva, dar paso a un progreso sexual, abrazarla, besarla, explorarla, un coito, un orgasmo durante el coito, y la pareja teniendo un orgasmo durante el coito.

Se elicitaron los siguientes constructos, a partir de tríadas de los elementos anteriores (el polo opuesto de cada constructo aparece de la negación del polo identificado): «provechoso», «me da miedo», «lo deseo», «placentero», «me hace sentir cómodo», «excitante», «emocionalmente satisfactorio», «asociado a calidez y seguridad», «asociado a amor y compañía», «me asusta», «me inquieta», «no lo sentiría real», «aburrido». Los elementos se puntuaron en una escala de siete puntos para cada par de polos de los constructos, y la rejilla resultante nos reveló su construcción de la masturbación y el orgasmo durante la masturbación como algo «aburrido» (coseno 0,73 y 0,80, respectivamente), mientras que situaciones que él deseaba conseguir aparecían asociadas a miedo, a inquietud, a distancia de la realidad y le asustaban (correlaciones entre constructos de 0,61, 0,80, 0,82 y 0,85, respectivamente).

Rodney también aceptó llevar a cabo algunas tareas, como ir al gimnasio, frotarse e incluso llegar a masturbarse en la ducha. Estas tareas pueden parecerse a las que dan los terapeutas conductuales, pero las presuposiciones subyacentes varían. Así, mientras el planteamiento conductual afirmaría que Rodney sufre una ansiedad ante la acción que requiere un descondicionamiento (por ejemplo, Radzani, 1978), el terapeuta de constructos personales atribuiría su ansiedad a un subsistema de constructos referidos a la respuesta sexual pobremente elaborado, y le prescribiría tareas que le ayudaran a elaborar este subsistema (Neimeyer & Neimeyer, 1985). Para poner a prueba la ansiedad de Rodney, utilicé el método de Viney y Westbrook, que puntuaba el grado de ansiedad cognitiva expresada e identificada en la transcripción de las sesiones. En términos kellianos, esto permite constatar la dificultad para construir acontecimientos, reflejándose, por ejemplo, en su descripción del «dejarse ir», como «algo nuevo, confuso, que todavía no sé bien cómo es, qué significa o como puedo experimentarlo, inquietante pero irresistible».

Sorprendentemente, sus puntuaciones en ansiedad cognitiva no correlacionaron de forma significativa con el número de impulsos sexuales que experimentó durante

las semanas previas a las sesiones en las que se trató este tema, pero sí se descubrió una correlación de $-0,62$ ($p < 0,001$) entre estas puntuaciones y los impulsos sexuales producidos en las semanas de las sesiones siguientes. Así pues, expresar en terapia su dificultad -anticipar los acontecimientos-, permitía predecir que la semana siguiente iba a tener un menor número de impulsos sexuales. Ello quizás estaba reflejando una estrategia para limitar la ansiedad basada en constreñirla, como refleja su afirmación respecto a su problema con el sexo: «Dejé de pensar en ello. No quería que esto amargara el resto de mi vida».

Elaborar el pasado

El siguiente tema de la terapia consistió en indagar el origen de las construcciones negativas de los clientes respecto a su capacidad de respuesta sexual. En el caso de Stanley, su rejilla nos dio la clave, al mostrarnos que superar su problema sexual haría que pudiera parecerse más a su padre (las distancias entre los elementos «yo ahora» y «yo sin el problema sexual» eran de 1,55 y de 0,78, respectivamente). Nos contó cómo, de pequeño, había respetado siempre las convicciones morales de su padre, pero también cómo se había avergonzado al verlo comportarse en las fiestas como «un seductor, acosando a las mujeres, ridículo». A esto había que añadir la contradicción que le suponía ver a su padre reaccionando de forma «dura» con estas construcciones y pasaba a ser «débil e influenciable», expresando amor y ternura hacia su familia. Exploramos la posibilidad de que estos constructos se expresaran por una vía no-verbal, bajo la forma del pene.

Rodney no conoció a su padre, pero su construcción de la expresión del deseo físico como algo potencialmente manipulador parecía venir de sus intentos de construir el significado de la conducta de una madre hipocondríaca, quien utilizaba la enfermedad «como una forma de conseguir las cosas, en especial mi propia simpatía y cuidado». Ahora podía reconocer en algunas de sus demandas un deseo sexual encubierto, y afirma que su madre había llegado a sugerirle que si la posibilidad de dormir con una chica le ponía nervioso, podía practicar con ella. En todo caso, entre el resto de los miembros de la familia resultaba algo excepcional comportarse de forma tan explícita, ya que, como él mismo dice, «nuestra relación se basaba más en las expectativas que en lo hablado propiamente. Se trataba más de leer símbolos, leer gestos, leer la expresión de la cara».

Entre los símbolos no verbales que tenía que leer se incluían, además de las quejas físicas de su madre, la incontinencia de su abuela y la flatulencia de su abuelo, tan extremas que más de una vez terminó en el hospital. Citando de nuevo a Rodney, «en casa la norma era estar mal». Kelly (1955) relaciona las quejas físicas con la expresión de constructos de dependencia, así que no es de extrañar que Rodney percibiera a los miembros de su familia como «dependientes totalmente de la ayuda exterior», y admitiera sentirse «receloso» de las relaciones que implicaran dependencia, o que incluyeran la interpretación de señales no-verbales, ya que él asociaba

ambas conductas a encuentros sexuales.

Otra de las ideas con que la madre había «martilleado» a Rodney era que «hiciera cualquier cosa por los demás pero que no se quisiera a sí mismo», y, significativamente, «tú debes ser siempre el último». Investigamos si Rodney aplicaba esta construcción a situaciones sexuales, y descubrimos que para él, tener el orgasmo antes que su pareja era el colmo del egoísmo, y el coito se convertía en una obligación y en algo duro de conseguir. Por ejemplo, describió un coito con una exnovia como «una rutina que debía llevar a cabo, tanto si me apetecía como si no». Su madre se ponía como ejemplo de la virtud, al haberse sacrificado por él cuando era un niño, mientras que su padre, que la abandonó cuando estaba embarazada, era el prototipo del otro polo del constructo (Crockett, 1982).

Con el fin de averiguar más sobre las conexiones existentes entre las construcciones respecto a los miembros de su familia y su conducta sexual, pasamos a estudiar más a fondo cuatro mujeres; con dos de ellas se había acostado, mientras las otras dos habían sido algo platónico, algo inexplicable para él, por otro lado. Resultó interesante descubrir que, según los resultados de la rejilla, construía a estas dos últimas mujeres como mucho más cercanas a su madre que las otras dos (media de las distancias respecto a la madre de 0,86 y de 1,27, respectivamente).

Un terapeuta psicoanalítico encontraría abundante material dinámico en las vidas tempranas de estos clientes, aunque para el enfoque de la teoría de constructos personales también resulta consistente tratar estos temas. Kelly (1955, p. 591) percibía la experiencia infantil como «la sustancia diseñada para dar sentido al sistema de constructos del cliente», de tal forma que los problemas de relación con el sexo opuesto pueden derivarse de la dificultad infantil para construir su relación con los padres. En todo caso, dejó claro que la exploración del pasado no tenía por qué significar una «catarsis elicítiva» o «una lucha con fuerzas ocultas dinámicas» (p. 592), así que, con respecto a Rodney, debemos desterrar la esperanza de que desenmarañar la dinámica de su relación con su madre resolverá automáticamente su problema sexual.

Mi objetivo al explorar las historias tempranas de Rodney y Stanley era doble: por un lado, estimular la articulación de constructos preverbales, así como ponerlos más bajo control; y en segundo lugar, promover el «posicionamiento», (Kelly, 1955), por el cual los constructos que pueden haber servido para anticipar acontecimientos infantiles pero que ahora ya no sirven para construir relaciones adultas, se «limitan» a los acontecimientos para los que se generaron en su momento.

Ciclo de creatividad

También estarían cargados de simbolismo, a ojos de un terapeuta psicodinámico, los sueños que los dos clientes contaron hacia la mitad de terapia. Por ejemplo, Stanley soñó que él y un compañero de clase intentaron entrar en una casa, y al no poder abrir la puerta, saltaron por la ventana. En esa casa había dos chicos, uno era

bueno y el otro era malo. El chico malo se subió a su espalda, y él se lo mostró a su madre. Este sueño favoreció la exploración de su polarización respecto a lo bueno y lo malo, así como su creciente toma de conciencia respecto a los polos de constructos subyacentes contenedores de «lo malo» y que estaban asociados a su potencia sexual. Por ejemplo, comentó que si él fuera fuerte «podría estar en peligro de herir y abusar de alguien», y pese a que me aseguró, bromeando, que se sentía «seguro en las calles», la amenaza implícita en el polo opuesto de este constructo era más que aparente. En consecuencia, mi interés no radicaba en interpretar el contenido simbólico de los sueños de Rodney y Stanley, sino explorarlos bajo su propia conceptualización (ver O'Donovan, 1985). Me informaban sobre la facilidad de estos hombres para aportar constructos laxos a la terapia, y de la posibilidad de movilizarse hacia lo que Kelly (1955) llamó el ciclo de creatividad, la esencia del proceso creativo, por el que el sistema de constructos se suaviza antes de rigidificarse en una nueva estructura de la que se derivarán predicciones contrastables. Resulta interesante constatar que ambos clientes habían experimentado bloqueos en sus producciones creativas, en el caso de Stanley debido a una lesión en el brazo que le impedía tocar su instrumento. Epting (1984, p. 8) afirma que la finalidad de la psicoterapia de constructos personales «es la de ayudar a la persona a verter sus habilidades creativas en el mundo real», y en ambas terapias, las de Rodney y la de Stanley, podría aplicarse perfectamente.

Relaciones tipo

Estas estructuras tan laxas parecían incluir construcciones constelatorias o estereotipadas referentes a la actuación sexual; por ejemplo está la creencia de Rodney de que su incapacidad de tener un orgasmo implicaba un total fracaso como persona. Él mismo describía su visión del mundo como «un todo de blanco o negro, sin un solo gris». Mientras que al principio asumía que la mayoría de mujeres aplicaban con él las mismas construcciones que él se aplicaba, pronto llegó a darse cuenta que «ellas pueden tener sus propias ideas sobre algunas cosas, pero no tienen por qué coincidir con las mías». Tales reflexiones suponían un cambio en el foco de la terapia, llevándolo hacia la dificultad de los clientes para construir las construcciones sexuales de sus parejas. Por ejemplo, Rodney afirmó que la construcción que él hacía de las necesidades y deseos de sus parejas «está adulterada por el hecho de no saber bien de qué estoy hablando». Parece que había tratado inútilmente de anticipar sus respuestas sexuales con los constructos que aplicó en su día a las exigencias no verbales de su madre. Así, nos contó que con una de sus parejas «me sentía así de incómodo porque no estaba seguro de lo que ella me exigía, pero estaba seguro de que me exigía algo».

Revisión constructiva y cambio terapéutico

Sin duda, si Stanley o Rodney hubieran venido a terapia con sus parejas sexuales, hubiera sido posible realizar un trabajo más intenso en las relaciones tipo. Por lo general, se considera que las terapias sexuales con hombres sin pareja tienen pocas posibilidades de tener éxito, así que, ¿qué cambios pudimos observar en estos dos clientes? Se evaluó el proceso de reconstrucción a lo largo de la terapia a través de una segunda rejilla, en la que, para Stanley (ver Tabla 1), se reflejaba que el «Yo sin problemas sexuales» pasaba a percibirse de una forma mucho más positiva, disminuía la distancia con respecto al «Yo ideal», aumentaba respecto al padre, dejaba de verse como «poco honesto» y «poco digno de amor» y los cosenos para estos constructos cambiaban de dirección. También dejaba de asociarse la atracción sexual con el deseo de dominar. En ese momento, la sexta sesión de terapia, había empezado a aprovechar sus oportunidades sexuales, consiguiendo una erección en la mayoría de ocasiones.

TABLA 1: Cambios en la Rejilla de Stanley durante la terapia

	Valoración	
	1	2
Distancias entre elementos		
Yo ↔ Yo ideal	0,69	1,05
Yo sin problemas sexuales ↔ Yo ideal	0,46	0,77
Yo sin problemas sexuales ↔ Padre	1,18	0,88
Relaciones entre elementos y constructos (Cosenos)		
Yo sin problemas sexuales ↔ «Honesto»	0,64	-0,52
Yo sin problemas sexuales ↔ «Digno de amar»	0,53	-0,50
Correlaciones entre constructos		
«Atractivo sexualmente» ↔ «Le gusta dominar»	-0,33	0,44

La segunda rejilla de Rodney también puso de manifiesto una construcción más positiva de su responsividad sexual, en la que, por ejemplo, disminuía la fuerte asociación existente con la necesidad de jugar a juegos basados en la sexualidad (las correlaciones entre este constructo y el de «no atreverse a iniciar una relación con alguien que te gusta» y con el «estar abierto a nivel sexual» se habían reducido de 0,32 y 0,33 a 0,19 y -0,03, respectivamente).

Sin embargo, los cambios más espectaculares aparecieron en su rejilla de situaciones sexuales. Como se muestra en la Tabla 2, los constructos de «aburrimiento» y «miedo» aportan menos peso a la variancia que en la primera rejilla, indicando que se trata de constructos mucho menos super-ordenados para él (Bannister y Salmon, 1967). Los cambios operados en los cosenos entre elementos y constructos y en las correlaciones entre constructos sugieren que pasó a percibir la masturbación como algo más interesante, y las situaciones que le gustaría experimentar como algo menos inquietante y terrorífico para él. A medida que

avanzaba la terapia, nos informó de alguna que otra eyaculación inesperada, por ejemplo, mientras orinaba, o mientras leía el periódico; y también nos contó su primera eyaculación mientras dormía o en un coito, lo cual supone algo más que ser un mero espectador. Nos contó un sueño en el que, siguiendo el consejo de una enfermera, se arrancaba su viejo pene y lo cambiaba por un modelo nuevo. Y dos semanas más tarde, en la sesión nº 16, nos anunció que se había masturbado hasta el orgasmo por primera vez.

TABLA 2: Cambios en las puntuaciones de la Rejilla de Situaciones Sexuales de Rodney durante la terapia

	Valoración	
	1	2
Correlaciones entre constructos		
«Miedo» ↔ «Deseo conseguirlo»	0,61	0,17
«Me hace sentir incómodo» ↔ «Deseo conseguirlo»	0,80	0,21
«Me parecería irreal» ↔ «Deseo conseguirlo»	0,82	0,09
Relaciones entre elementos y constructos (Cosenos)		
Masturbación ↔ «Provechoso»	-0,78	0,14
Masturbación ↔ «Aburrido»	0,73	-0,17
Orgasmo durante la masturbación ↔ «Provechoso»	-0,41	0,34
Orgasmo durante la masturbación ↔ «Aburrido»	0,80	-0,46
Orgasmo durante el coito ↔ «Miedo»	0,61	-0,25
Orgasmo durante el coito ↔ «Me asusta»	0,82	0,01
Orgasmo durante el coito ↔ «Me inquieta»	0,80	-0,28
Orgasmo durante el coito ↔ «Lo siento irreal»	0,85	-0,30
% de variación		
«Aburrido ↔ no aburrido»	6,31	1,28
«Me da miedo» ↔ «No me da miedo»	10,65	6,52

En el momento de escribir este artículo, Rodney está planeando unas vacaciones con una mujer, con la esperanza de poner en práctica su recién adquirida destreza.

La aparición de nuevos constructos en la segunda rejilla nos confirma que lo que se produjo no fue meramente el deslizamiento de un polo al otro de los constructos iniciales; en Stanley los nuevos constructos son: «En contacto con las emociones» ↔ «Confuso acerca de las emociones»; «Curioso con respecto a los nexos entre las personas» ↔ «Nada curioso»; «Independiente del resto de la gente» ↔ «Dependiente». En Rodney: «Tener una vida caracterizada por la satisfacción del deseo sexual» ↔ «Vida dominada por las ideas y los ideales»; «Lucha por que los demás reconozcan la creatividad de uno» ↔ «Pasar de todo»; «Disponer de oportunidades para triunfar» ↔ «Ser presa de las trampas del pasado y de la personalidad»; «Creer que todo puede conseguirse» ↔ «Según lo establecido». Esto nos sugiere que ambos disponen ahora de un repertorio más complejo de

constructos aplicables a relaciones emocionales, y que parecen estar más interesados en explorar nuevas vías y su probable éxito.

PSICOTERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES Y TENDENCIAS DE INTEGRACIÓN EN TERAPIA SEXUAL

Es evidente que la psicoterapia de constructos personales que se ha utilizado en estos ejemplos incluyen técnicas que también pueden aplicarse desde otras tendencias psicoterapéuticas. En este sentido, puede parecer similar a los enfoques de tratamientos combinados que poco a poco se van imponiendo entre los terapeutas sexuales. Esta tendencia no debe sorprender, ya que los componentes somáticos, conductuales, intra e interpersonales se hallan tan entremezclados en los trastornos sexuales que invalidan la idea de una construcción preeminente (por ejemplo, concebirlo como algo únicamente derivado de problemas interpersonales). Sin embargo, la lógica de combinar técnicas resulta difícil de entender, excepto si se hace por ensayo y error (Pervin & Leiblum, 1980), una postura defendida a partir del descubrimiento de que los terapeutas sexuales responden ante la posibilidad de abandono de un cliente de la terapia aplicando técnicas adicionales (Arentewicz & Schmidt, 1983). En tales casos, la elección de una determinada técnica no se hace en base a ninguna justificación teórica, e incluso si se favorece un modelo particular, los terapeutas toman prestadas no sólo las técnicas de otros modelos sino también sus conceptos teóricos (por ejemplo, Kaplan, 1974). Ellis (1975) defiende que él selecciona métodos de tratamiento bajo argumentos teóricos, pero ello no es siempre evidente, como por ejemplo en su descripción sobre un hombre con problemas de erección y en cuyo proceso de terapia breve se incluye una docena de técnicas, que van desde ejercicios de «afrontamiento de la vergüenza» —consistente en informar a la nueva conquista sobre su problema y seguidamente preguntarle si quiere acostarse con él— hasta métodos operantes, en los que se le permitía jugar al *paddle* si conseguía un progreso con su mujer, o quemar un billete de 20 dólares o limpiar el baño si no se daba ese progreso (Ellis, 1980).

Tal pupurri de técnicas no se basan tanto en una teoría como en «una colección de proposiciones apenas relacionadas y articuladas de forma muy pobre» (Mahoney, 1979, p. 177). Al igual que Ellis, Lazarus (1980) concibe su «terapia multimodal» como poseedora de un base teórica, aunque se reduce a tres teorías con una pequeña indicación —como remarca Dryden (1986, p. 356) sobre la forma en que éstas aportan un marco de referencia congruente. A diferencia de esto, la terapia sexual de los constructos sexuales está basada en un planteamiento coherente y uniforme basado en la promoción de la reconstrucción: pese a ser un modelo ecléctico en su vertiente técnica, su eclecticismo no extiende su uso a conceptos teóricos que no estén relacionados.

La psicoterapia de los constructos personales se ha aplicado muy poco a los trastornos sexuales. En el presente artículo se contrasta el enfoque constructivista con otros métodos alternativos de aproximarse a dichos trastornos, a partir de tres dimensiones relacionadas, y que hacen referencia tanto a (1) si se trata de un trastorno introspectivo o extrospectivo, (2) si la queja se concibe como una construcción personal o como un mecanismo defectuoso, y (3) si la finalidad de la terapia va dirigida a conseguir objetivos personales o bien normativos. Se incluyen a modo ilustrativo los informes de tratamiento de dos pacientes masculinos que presentaban demandas a nivel sexual, y se compara el uso del eclecticismo técnico con la tendencia a la integración en terapia sexual.

Palabras clave: *constructos personales, terapia sexual, erección, eyaculación, integración en psicoterapia.*

Traducción de: Isabel Custodio Novaro

Nota Editorial: Este artículo se publicó con el título «*Reconstructing an erection and elaborating ejaculation: Personal Construct theory perspectives on sex therapy*» en el *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1-81-1988. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- APFELBAUM, B. (1980). Retarded ejaculation. In S.R. Leiblum & L.A. Pervin (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (pp. 263-296). Londres: Tavistock.
- ARENTEWICZ, G., & SCHMIDT, G. (1983). *The treatment of sexual disorders: concepts and techniques of couple therapy*. Nueva York: Basic Books.
- BANNISTER, D. (1965). The rationale and clinical relevance of repertory grid technique. *British Journal of Psychiatry*, 111, 977-982.
- BANNISTER, D., & BOTT, M. (1973). Evaluating the person. En P. Kline (Ed.), *New approaches in psychological measurement* (pp. 1657-177). Londres: Wiley.
- BANNISTER, D., & SALMON, P. (1967). *Measures of superordinacy*. Estudio no publicado.
- BURNS, T., HUNTER, M., & LIEBERMAN, S. (1980). A repertory grid study of therapist/couple interaction. *Journal of Family Therapy*, 2, 297-310.
- BURT, J.C. (1977). *Preliminary report of an innovative surgical procedure for treatment of coital anorgasmia*. In 3º International Meeting Academy of Sex Research, Bloomington.
- CROCKETT, W.H. (1982). The organization of construct systems. In J.C. Mancuso & J.R. Adams-Weber (Eds.), *The Constructing Person* (pp. 62-95). Nueva York: Praeger.
- DRYDEN, W. (1986). Eclectic psychotherapies: A critique of leading approaches. In J.C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 353-375). Nueva York: Brunner/Mazel.
- ELLIS, A. (1971). Rational-Emotive treatment of impotence, frigidity and other sexual problems, *Professional Psychology*, Fall, 346-349.
- ELLIS, A. (1975). The rational-emotive approach to sex therapy. *The Counseling Psychologist*, 5, 14-21.
- ELLIS, A. (1980). Treatment of erectile dysfunction. En S.R. Leiblum & L.A. Pervin (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (pp. 235-261). Londres: Tavistock.
- EPTING, F.R. (1984). *Personal construct counseling and psychotherapy*. Chichester: Wiley.
- FENICHEL, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. Nueva York: Norton.
- FRANSELLA, F. (1972). *Personal change and reconstruction: Research on a treatment of stuttering*. Londres: Academic Press.
- FRANSELLA, F. (1985). Individual psychotherapy. En E. Button (Ed.), *Personal Construct theory and mental health* (pp. 277-301). Beckenham: Croom Helm.

- GREER, G (1984). *Sex and destiny: The politics of human fertility*. Londres: Secker y Warburg.
- KAPLAN, H.S. (1974). *The new sex therapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- KELLY, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. Nueva York: Norton.
- KOWALSKI, R. (1985a). Cognitive therapy for sexual problems. 2ª parte. *British Journal of Sexual Medicine*, August, 90-93.
- KOWALSKI, R. (1985b). Cognitive therapy for sexual problems. 3ª parte. *British Journal of Sexual Medicine*, October, 131-135.
- LAZARUS, A.A. (1980). Psychological treatment of dyspareunia. In S.R. Leiblum & L.A. Pervin (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (pp. 147-166). Londres: Tavistock.
- LAZARUS, A.A., & FAY, A (1982): Resistance or rationalization. In P.L. Wachtel (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches* (pp. 115-132). Nueva York: Plenum.
- LOBITZ, W.C., & LoPICCOLO (1972). New methods in the behavioral treatment of sexual dysfunction. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 265-271.
- MAHONEY, M.J. (1979). A critical analysis of rational-emotive theory and therapy. In A. Ellis & J.M. Whitely (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterey: Brooks/Cole.
- MASTERS, W.H., & JOHNSON, V.E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little Brown.
- NEIMEYER, R., & NEIMEYER, G. (1985). Disturbed relationship: A personal construct view. In E. Button (Ed.), *Personal construct theory and mental health* (pp. 195-223). Beckenham: Croom Helm.
- O'DONOVAN, D (1985). Computer dream analysis. En F.R. Epting & A.W. Landfield (Eds.), *Anticipating personal construct theory* (pp. 249-260). Lincoln: University of Nebraska Press.
- PERVIN, L.A., & LEIBLUM, S.R. (1980). Conclusion: Overview of some critical issues in the evaluation and treatment of sexual dysfunctions. In S.R. Leiblum & L.A. Pervin (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (pp. 377-394). Londres: Tavistock.
- RAZANI, J (1978). Ejaculatory incompetence treated by deconditioning anxiety. In J. LoPiccolo & L. LoPiccolo (Eds.), *Handbook of sex therapy* (pp. 287-290). Nueva York: Plenum
- RYCHLAK, J.F. (1968). *A philosophy of science for personality theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- SLATER, P (1972). *Notes on INGRID 72*. Londres: St.George's Hospital.
- SMALL, M.P. (1972). The Small-Carrion penile implant. In R.J. Krane, M.B. Siroky & I. Goldstein (Eds.), *Male sexual dysfunction* (pp. 253-265). Boston: Little, Brown.
- SZAZ, T. (1980). *Sex :Facts, frauds and follies*. Oxford: Blackwell.
- VINEY, L.L. (1981). Experimenting with experience: A psychotherapeutic case study. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18, 271-278.
- VINEY, L.L., & WESTBROOK, M.T (1976). Cognitive anxiety: A method of content analysis for verbal samples. *Journal of Personality Assessment*, 40, 140-150.

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)

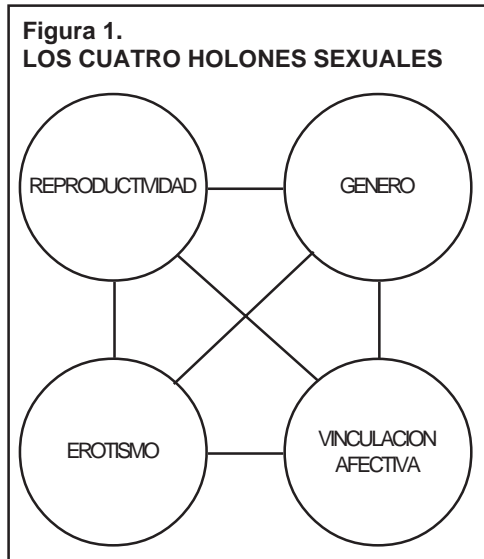
d) El holón de la Vinculación Afectiva Interpersonal:

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

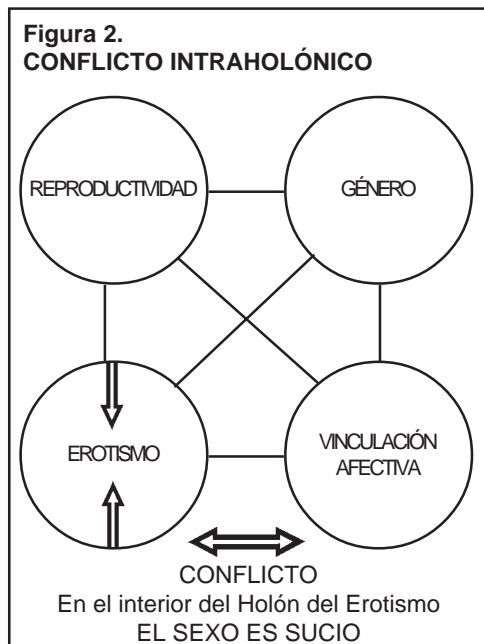
constituidos en el holón de género. La idea «le puedo mostrar a esta mujer que soy suficientemente «hombre», en términos de desempeño sexual, porque ella es «mi mujer», representa una serie mucho más compleja de constructos que nos enseña la integración de, al menos, tres holones: género, erotismo y 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*.

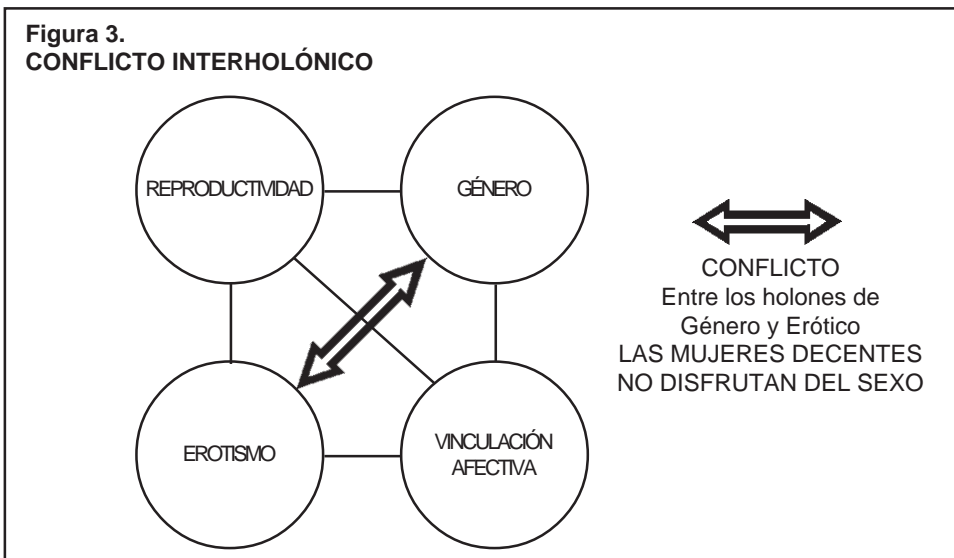
A) Integración con conflicto: está referida a los casos que involucran una de dos posibilidades. La primera de ellas (Figura 2) describe el **Conflicto Intraholónico** o el conflicto al interior del holón, como en la anorgasmia cuando la incapacidad de una determinada mujer para alcanzar el orgasmo es 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

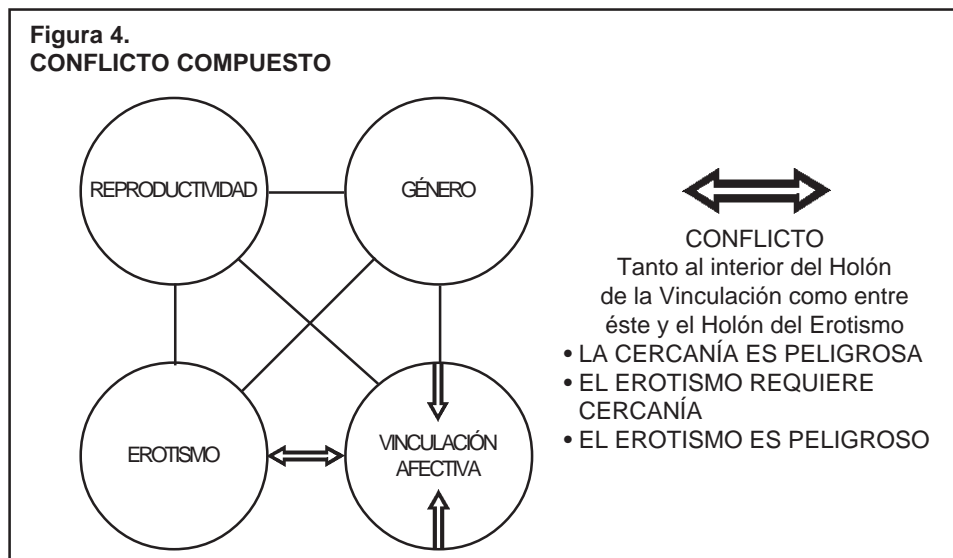
uterino que no se podía explicar médicamente. María relató que «el sexo era sucio», y se angustiaba y se sentía culpable cada vez que se excitaba, lo que interfería la consecución del orgasmo. Debido a que la anorgasmia puede derivar en dolor uterino, el terapeuta de María indagó acerca de sus experiencias 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.

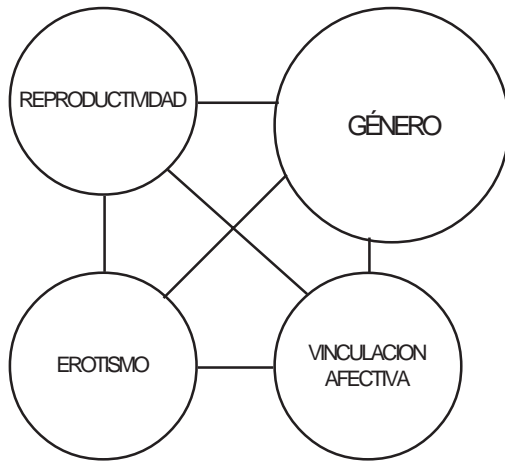
Los *Conflictos Compuestos* (figura 4) son también posibles como cuando alguien concluye que «la cercanía es peligrosa, el erotismo requiere cercanía, por lo tanto el erotismo es una experiencia peligrosa».. Así, existe un conflicto intraholónico a nivel del holón vinculativo así como un conflicto interholónico 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"

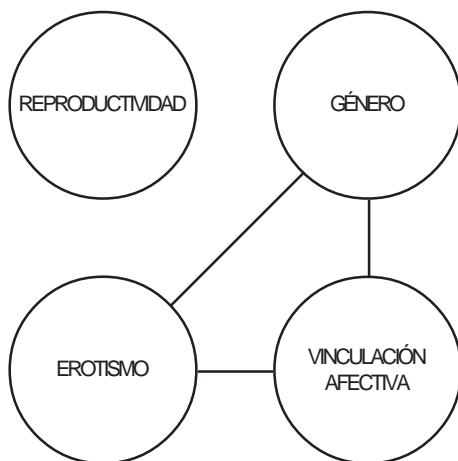
HAY QUE SER
MUY HOMBRE

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



FALTA DE INTEGRACIÓN

El Holón de la
Reproductividad
no está integrado.

FALTA DE CUIDADO
CONTRACEPTIVO

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.).

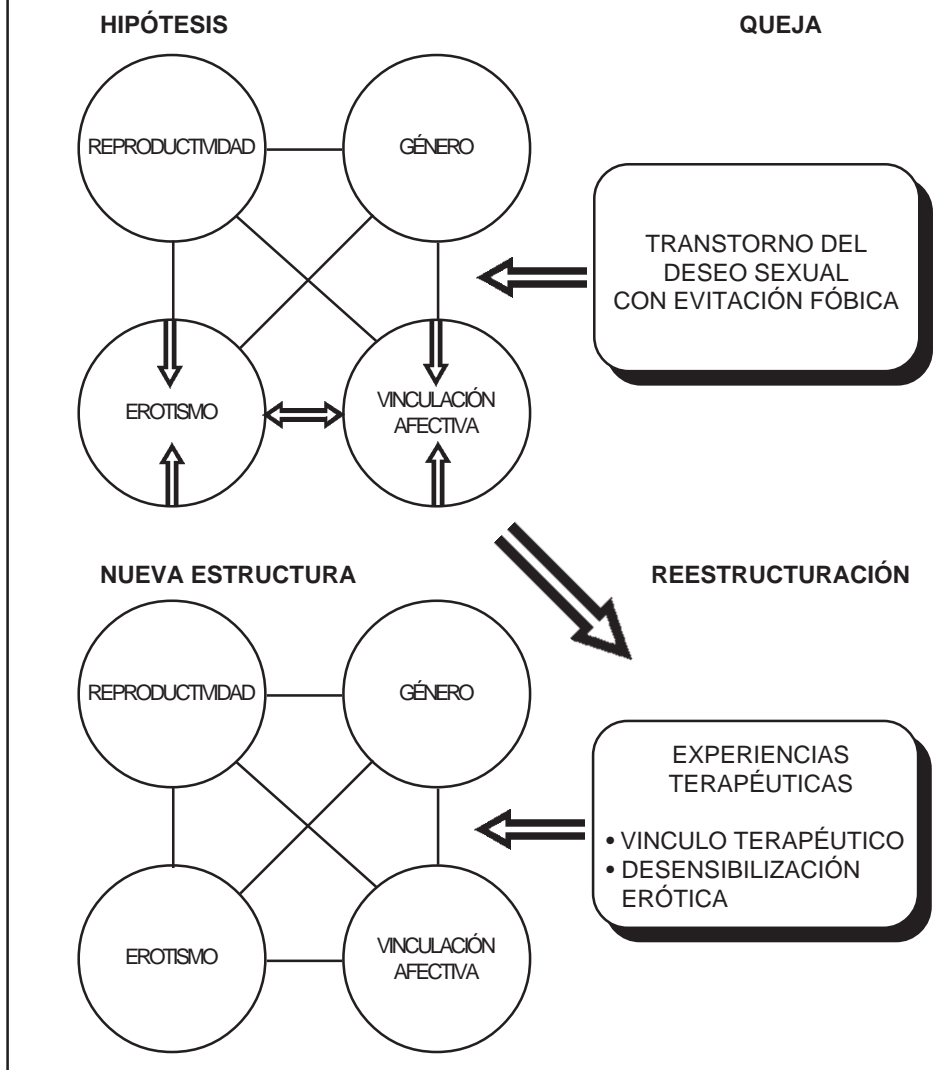
Una Propuesta Constructivista de Integración.

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 practicarlos 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 theroy perspectives on sex therapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1 (1), 81-99.

LAS PARAFILIAS SEXUALES

Mark Muse

Behavioral Medicine, Kaiser Permanente

10500 Summit Avenue, Kensington, Maryland 20895 USA

Email: DrMarkMuse@Netscape.Net

This article reviews the different categories of paraphilias, and presents various therapeutic approaches in the treatment of these disorders. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment approaches are considered.

Key words: Paraphilias, cognitive-behavioral therapy, androantagonistic drugs.

DEFINICIONES

La clasificación de las parafilias, según los criterios del DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1995) incluye las condiciones de exhibicionismo, fetichismo, frotteurismo, pedofilia, sadismo, masoquismo, fetichismo transvestista, voyeurismo, y parafilias no especificadas. Aunque existen argumentos bastante convincentes como para incluir la atracción a la violación como parafilia (Alario, 1993; Laws & Donohue, 1997), esa condición no está considerada explícitamente como parafilia en la edición actual del DSM. En la Tabla Número I se presentan las definiciones de cada una de las parafilias mayores.

Se presentan en Tabla II algunos de las parafilias menores, o sea, las parafilias no especificadas en el DSM-IV (Wells, 1999).

El mero hecho de tener una inclinación o hasta un interés consumado en una o más de las categorías de arriba mencionadas no constituye en sí ningún síndrome clínico. Lo que sí constituye un trastorno, tipo parafilia, es, en adición a las definiciones/descripciones elaboradas aquí, la comprobación de que la parafilia suponga una “disfunción” para el individuo que la padece. Por disfunción, se entiende que la parafilia le causa conflicto emocional/personal, o que corre el riesgo de perjuicios o daños sociales a causa de su actuación. Así, la persona que participa en conversaciones indecentes por teléfono con un cómplice al otro lado de la conversación no padece de ningún trastorno si la práctica no le causa conflicto

TABLA I: PARAFILIAS MAYORES	
TRASTORNO PARAFILICO	DESCRIPCION
Exhibicionismo:	Exposición de los propios genitales a una persona extraña.
Fetichismo	El uso de objetos no animados para lograr la excitación sexual
Frotteurismo	El contacto y el roce con una persona en contra de su voluntad.
Masoquismo Sexual	Someterse voluntariamente a humillación y abuso sexual
Pedofilia	Participación en actividades sexuales con niños prepúberes
Sadismo Sexual	Perpetrar actos sexuales abusivos o humillantes para otra persona
Travestismo	Vestirse con ropas del otro sexo
Voyeurismo	Observar ocultamente a personas en actividades íntimas

alguno ni repercute socialmente de manera dañina.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las parafilias suele utilizar técnicas conductuales/cognitivas y/o regímenes médicos basados en el uso de hormonas o de medicamentos psicotrópicos. La orientación cognitivo-conductual explica la adquisición y mantenimiento de las parafilias a través de los paradigmas del condicionamiento y de la formación de esquemas cognocitivos (Muse, 1996). La gran mayoría de las parafilias se manifiesta en la pubertad, dando la impresión de que pueda existir una base de vulnerabilidad por la cual el condicionamiento a estímulos sexuales es especialmente propicio durante esta época de maduración. La resistencia de las parafilias a ser extinguidas por técnicas puramente conductuales da la impresión de hallarnos ante condiciones adquiridas en un periodo de desarrollo crucial cognitivo. Por tanto, el cambio de conductas parafilicas suele requerir una intervención multimodal que descondiciona el aprendizaje por condicionamiento clásico, operante y/o social, mientras que modifica esquemas básicos de la estructura cognitiva del individuo. Aunque las hormonas masculinas se hallan inherentemente implicadas en el mantenimiento de la motivación sexual, es el aprendizaje a una edad joven que determina el objeto del interés sexual, y el uso de tratamientos médicos con las parafilias suele ser reservado como terapia adjuntiva a la psicoterapia.

Técnicas de condicionamiento clásico:

Las técnicas conductuales utilizadas en el tratamiento de las parafilias sexuales se han basado principalmente en la aplicación de métodos aversivos de extinción fundados en el paradigma del condicionamiento clásico. Terapéuticamente, se

TABLA II: PARAFILIAS MENORES	
TRASTORNO PARAFILICO	DESCRIPCION
Acrotomofilia	Excitación sexual al ver un miembro (pierna/brazo) amputado
Adolescentilismo	Excitación por imitar los manierismos adolescentes
Andromimetofilia	Mujer que se excita por imitar a un hombre
Apotemnofilia	Excitación por sufrir la amputación de miembros del cuerpo
Asfixiofilia	Excitación sexual por estrangulamiento
Autagonistofilia	Excitación por ser observado desnudo
Autasasinofilia	Excitación por ser expuesto a peligros mortales
Autonepiofilia	Véase "Infantilismo".
Bestiafilia	Mantener relaciones sexuales con animales
Biafostofilia	Excitación por la idea de ser violado
Cateterofilia.	Excitación por la inserción de un cateter
Cleptofilia	Excitación sexual por robar
Clismafilia.	Excitación sexual por recibir énemas
Coprofilia.	Excitación por ser ensuciado con heces humanas
Coprofagia	Excitación por ingerir heces humana
Erotofonofilia	Excitación por atentar contra la vida de otro
Formicofilia.	Excitación por tener insectos en contacto con los genitales
Gerontofilia.	Excitación ante personas notablemente mayores que uno mismo
Ginemimetofilia	Excitación por ver a un hombre imitar a una mujer
Hibristofilia	Excitación por tener relaciones sexuales con un criminal.
Hipoxfilia	Véase "asfixiofilia"
Infantilismo	Excitación por vestirse y comportarse como un niño
Misofilia	Excitación por suciedad (tierra, polvo, lodo, etc.).
Mixofilia	Excitación por ver a uno mismo o a su compañero en coito
Morfofilia	Excitación por un tipo de cuerpo (enano, obeso, bajo, etc.).
Narratofilia	Excitación sexual por narrativas obscenas
Necrofilia	Interés en mantener relaciones sexuales con cadáveres
Olfactofilia	Excitación por olores corporales (secreciones vaginales, etc.).
Pictofilia	Excitación por pornografía
Somnofilia	Interés en mantener relaciones sexuales con personas inconscientes
Stigmatofilia	Excitación por tatuajes
Telefonicofilia	Excitación por conversaciones indecentes por teléfono
Urofilia	Excitación por orinar sobre otra persona, o viceversa
Zoofilia	Excitación por actuar como un animal (ladrar, llevar correa).

asocia un estímulo aversivo incondicionado con una respuesta condicionada no deseada. La esperanza terapéutica es la de producir una nueva respuesta condicionada, tipo aversiva, en presencia de los estímulos condicionados provocadores de la respuesta sexual disfuncional. El estímulo incondicionado aversivo más utilizado en el tratamiento conductual suele ser el de una descarga eléctrica (MacCulloch & Feldman, 1967; MacCulloch, Waddington, & Sanbrook, 1978) aunque otros estímulos nocivos como por ejemplo el mal olor (Levin, *et al.* 1977), y el mal gusto (Maletzky, 1973) también han sido utilizados.

Aunque existe evidencia constatable de que la aplicación de una descarga eléctrica puede modificar la excitación sexual asociada con varios tipos de parafilia (Marsall, *et al.*, 1983), el uso actual de esta técnica se ha reducido, debido a la crítica socio/política en contra de tales prácticas (McConaghy, 1993). La publicidad contraria al uso del castigo eléctrico, originada en los años 70 (Maletzky, 1997), llevó a muchos clínicos a optar por otras formas del condicionamiento terapéutico aversivo. La llamada técnica de la “sensibilización encubierta” reemplazaba, en gran parte, la aplicación directa del castigo en las sesiones conductuales. En la sensibilización encubierta el paciente intenta visualizar escenas en las que se ve participando en la conducta parafílica no deseada. Cada vez que él visualiza la actividad parafílica, cambia esta imagen excitante por otra aversiva. Por ejemplo: el voyeurista imagina que, a través de una ventana, está observando a una pareja hacer el amor dentro de una casa. En seguida, imagina que oye la sirena de la policía y se ve metido en el coche de policía y conducido a la comisaría. Aunque la sensibilización encubierta es más “políticamente correcta” que el castigo directo, no hay evidencia que sea tan efectiva como la descarga eléctrica directamente aplicada (Maletzky, 1991).

Un intento de incrementar la eficacia de la sensibilización encubierta fue la técnica desarrollada por Maletzky (1973), y empleada posteriormente por varios otros investigadores. Esta mezcla del condicionamiento aversivo directo con la sensibilización encubierta conduce al paciente a relajarse, visualizar la situación parafílica, y en seguida, visualizar consecuencias aversivas. Al instante en que el paciente visualiza las consecuencias aversivas, el psicólogo introduce en la sesión un estímulo olfativo repugnante como, por ejemplo, el amoníaco. La aplicación de un estímulo olfativo aversivo incrementa la efectividad de esta técnica terapéutica, reduciendo considerablemente la respuesta sexual asociada con la parafilia (Maletzky, 1974; Maletzky & George, 1973).

Técnicas de aprendizaje operante y social:

Mientras que las técnicas de condicionamiento aversivo se basan en general en los principios del aprendizaje tipo clásico o respondiente, otras técnicas de aprendizaje no aversivas se basan principalmente en el condicionamiento instrumental u operante y en el aprendizaje social (Muse, 1996). En cuanto al tratamiento

de las diferentes parafilias, se ha aplicado con éxito el entrenamiento con retroalimentación sexual, varias técnicas que utilizan la masturbación como reforzamiento, y el adiestramiento en la empatía.

Biorretroalimentación:

La biorretroalimentación ha sido aplicada a diversas parafilias mediante un aparato llamado *penile plethysmograph* o “falómetro”. El *penile plethysmograph* mide cambios en la circunferencia del pene, y es capaz de presentar tales cambios directamente al sujeto a través de información visual en forma de un manómetro, o de luces de diferentes colores que indican el grado de excitación sexual según el grosor del pene (Jensen, Laws, & Wolfe, 1994). En el tratamiento de las parafilias, el paciente expuesto a estímulos parafílicos intenta mantener encendida la luz que corresponde a poca excitación y, a la vez, evitar la luz asociada con la excitación. Una vez que el paciente ha reducido o extinguido su excitación delante de los estímulos parafílicos (niños desnudos, llevar ropa interior del sexo opuesto, etc.), se le puede presentar la tarea de encender la luz asociada con excitación delante la presentación imaginaria de estímulos deseables (personas adultas desnudas del sexo contrario).

Técnicas de Masturbación:

El placer que conlleva la masturbación suele reforzar las fantasías e imágenes parafílicas, manteniendo de este modo el enlace entre estímulo y conductas parafílicas. Terapéuticamente, es posible programar la masturbación de manera que refuerce conductas alternativas a las parafílicas. Con tal fin, el conductista asigna la tarea al paciente de usar solamente imágenes no parafílicas durante la masturbación. El efecto es el de distanciar la conexión entre las imágenes parafílicas y el placer sexual, y, alternativamente, reforzar imágenes sexuales no desviantes con el mismo placer. Cuando el paciente haya acabado esta parte de la tarea, se le instruye para que continúe masturbándose 15 minutos más, pero esta vez con imágenes parafílicas. Esta práctica de la masturbación aversiva asocia (mediante el paradigma de condicionamiento clásico) un estímulo nocivo incondicionado -manipulación genital durante la fase de resolución sexual- con el estímulo condicionado de las imágenes parafílicas (Maletzky, 1986).

Adiestramiento en Empatía:

El uso del entrenamiento en empatía en la rehabilitación de los perpetradores de crímenes sexuales violentos se ha mostrado indispensable (Murphy, 1990). Con las parafilias no físicamente violentas, tales como el exhibicionismo, puede existir, de todos modos, una víctima. Una parte integral de la terapia con la mayoría de la parafilias debe de ser la de concienciar al parafílico de las repercusiones que sus actuaciones pueden tener para los demás. Con la finalidad de sensibilizar al

parafilico a la responsabilidad ética de no imponer sus intereses sexuales a personas ajenas a sus deseos, el entrenamiento de empatía en el tratamiento de las parafilias incorpora cinco segmentos (Maletzky, 1997): 1) La identificación de la víctima (en esta fase del entrenamiento el terapeuta ayuda al parafilico a identificar a quién afecta su conducta, 2) La identificación del acto victimizador (enseñar la conducta parafílica que hiera a la víctima), 3) La identificación del daño (hacer explícito el daño causado a la victima por la actuación del paciente), 4) Inversión de los roles (ayudar al paciente a ponerse en el rol de la víctima), 5) El desarrollo de la empatía misma (ayudar al paciente a experimentar, mediante la identificación por empatía, cómo se siente la víctima de actos parafilicos).

TÉCNICAS COGNITIVAS:

La identificación de distorsiones cognitivas parafilicas es el primer paso en el tratamiento cognitivo de las desviaciones sexuales. Aunque cada parafilia en sí tendrá unas distorsiones particulares a la condición que incorpora, el individuo que padece de cualquiera de las múltiples parafilias es único, y sus cogniciones disfuncionales tienen que ser identificadas individualmente y específicamente; de poca ayuda es un discurso teórico de los errores del pensamiento de uno, o una lección genérica de las distorsiones cognitivas inherentes en las parafilias. Al contrario, el psicólogo necesita captar y mostrar ejemplos reales de las ideas irracionales del mismo paciente. Ejemplos de distorsiones en la percepción y evaluación de situaciones sexuales y de distorsiones en la evaluación de las consecuencias de la conducta parafílica aparecen en Tabla III.

TABLA III* EJEMPLOS DE DISTORSIONES DE UN EXHIBICIONISTA	
CATEGORÍA DE DISTORSIÓN	DIÁLOGO INTERNO
Atribución de Culpabilidad	“Ella se lo buscaba, vestida como iba”.
Minimización de Consecuencias	“No la toqué, entonces no le he hecho ningún daño”.
Justificación de Causa	“Si mi mujer me diese lo que necesito, no tendría que buscarlo en la calle”.
Adaptado de <i>“Exhibition: Assessment and Treatment”</i> (1997) de B. Maletzky.	

Una vez que le son mostradas las distorsiones al paciente, y después de obtener confirmación del paciente de que las entiende, se emplean estrategias para refutar las cogniciones disfuncionales. Estrategias como la de identificar en el acto los pensamientos irracionales cuando aparecen, y utilizar argumentos ya adiestrados para refutarlos y reemplazarlos con ideas que corresponden más a la realidad. Tales estrategias tienen que practicarse hasta que se dé el resultado buscado: una reducción en distorsiones asociadas con la parafilia tratada.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

El tratamiento farmacológico de las parafilias ofrece dos opciones: la del tratamiento hormonal, y la del tratamiento con medicamentos psicoactivos.

Tratamiento Hormonal:

Las personas parafilicas tratadas con hormonas suelen ser aquellas que representan un peligro real para la sociedad. Personas condenadas por crímenes sexuales como la violación, la pedofilia consumada, o el exhibicionismo repetitivo pueden ser candidatos a un régimen de hormonas que reduce el interés sexual del paciente. El acetato de Medroxyprogesterona y el acetato de Cyproterona son las dos hormonas más recetadas en el control de las parafilias (Wincze *et al.*, 1986). Las dos hormonas reducen los niveles de testosterona en sangre. La efectividad de las dos hormonas en la reducción del deseo masculino está más que demostrada (Walker & Meyer, 1981), con reducciones correlacionadas en frecuencia de erección, fantasías sexuales, masturbación, iniciación del sexo y, paratéticamente, conducta agresiva. Los hombres tratados con estas hormonas muestran un buen control sobre sus inclinaciones parafilicas mientras que las toman; pero, como es de esperar, se produce un regreso rápido a la misma conducta parafilica al terminar de tomar las hormonas (Bradford, 1990). En la práctica, la terapia hormonal en el tratamiento de las parafilias suele funcionar como adjuntivo a las terapias conductuales/cognitivas (Knopp, *et al.*, 1992).

Tratamiento con Medicamentos Psicoactivos:

Aunque ninguno de los fármacos psicoactivos es tan eficaz en reducir la problematicidad de la conducta parafilica como lo son las hormonas antiandrógenas, hay una lista larga de medicamentos que han sido utilizados con este objeto. Todos estos medicamentos psicoactivos tienen algo en común: reducen la libido. El medicamento preferencial del momento es Fluoxetina (*Prozac*), porque es un medicamento que se tolera bien con efectos secundarios menores que los otros medicamentos usados históricamente, y es un medicamento eficaz en la reducción del deseo sexual; para ser más preciso, un 70% de los pacientes que toman *Prozac* experimentan una reducción de la libido (Burnstein, 1983). El *Prozac* también tiene la potencia de reducir síndromes obsesivo/compulsivos (Jenike, 1990) y, dado el componente obsesivo/compulsivo observable en la mayoría de las parafilias, no es de extrañar que el *Prozac* haya ganado el favor de los clínicos en el manejo médico de las parafilias.

CONCLUSIONES

Las estadísticas sobre la incidencia de las varias parafilias son escasas y variables. Hasta que no tengamos estudios más detallados y fiables, sólo se puede decir que las parafilias son predominantemente un desorden masculino, aunque

recientemente se ha visto un incremento substancial de delitos pedofílicos y de violación perpetrados por mujeres jóvenes (Hunter & Mathews, 1997).

En cuanto a la eficacia de intervenciones terapéuticas en el tratamiento de las diferentes parafilias, los resultados son también variables, aunque no del todo ambiguos. Sin embargo, hay cada vez más motivo para ser optimistas. Mientras que la gran mayoría de los estudios hechos en el campo de las parafilias son estudios sobre caso único y, por tanto, tienden a mostrar una terapia efectiva en el caso presentado, algunos experimentos controlados comienzan a documentar resultados, si no espectaculares, sí bastante aceptables. Notables aquí son los estudios de Maletzky sobre el exhibicionismo, en los cuales se demostró que entre el 70 al 80% de los pacientes tratados con terapia cognitivo-conductual no volvían a reincidir (Murphy, 1997).

En fin, ¿qué es lo que sabemos del tratamiento de las parafilias? Pues, sabemos que en general las parafilias responden mejor a un programa terapéutico multimodal que incluye diferentes técnicas cognitivo-conductuales. También sabemos que en los casos más severos el uso de hormonas androantagonistas ofrecen una cobertura temporal que aumenta la posibilidad de una resolución positiva del desorden a lo largo de una terapia cognitivo-conductual. Quizá no sea mucho, pero es, no obstante, esperanzador si tomamos en cuenta que esta área de la sexología ha comenzado sólo muy de reciente a atraer la atención clínica y científica que merece.

Este artículo repasa los diferentes tipos de parafilias, y presenta estrategias terapéuticas para su tratamiento. Tales estrategias abordan la terapia cognitivo-conductual, y el uso de diferentes fármacos.

Palabras clave: Parafilias, terapia cognitivo-conductual, fármacos androantagonistas.

Referencias bibliográficas:

- ALARIO, S. (1993). *Intervención Psicológica en Víctimas de Violación*. Valencia: Promolibro.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). *DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- BERNSTEIN, J. (1983). *Handbook of Drug Therapy in Psychiatry*. Boston: John Wright, PSG.
- BRADFORD, J. (1990). The antiandrogen and hormonal treatment of sex offenders. In Marshall, Laws & Barbaree (Eds.), *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender*. New York: Plenum Press.

- HUNTER, J. & MATHEWS, R. (1997). Sexual deviance in females. In Laws & O'Donohue (Eds.), *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press.
- JENIKE, M. (1990). Drug treatment of obsessive-compulsive disorder. In Jenike, Baer & Minichiello (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management*. Chicago: Year Book Medical Publishers.
- JENSEN, S., LAWS, D., & WOLFE, R. (1994). *Reduction of sexual arousal: What to do and not do*. 13th Annual Research and Treatment Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, San Francisco, California.
- KNOPP, F., FREEMAN-LONGO, R., & STEVENSON, W. (1992). *Nationwide Survey of Juvenile and Adult Sex Offender Treatment Programs and Models*. Orwell, Vermont: Safer Society Press.
- LAWS, R. & O'DONOHUE, W. (1997). Fundamental issues in sexual deviance. In Laws & O'Donohue (Eds.), *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press.
- LEVIN, S., BARRY, S., GAMBERO, S., WOLFINSOHN, L., & SMITH, A. (1977). Variations of covert sensitization in the treatment of pedophilic behavior: A case study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 10*, 896-907.
- MACCULLOCH, M., & FELDMAN, M. (1967). Aversion therapy in the management of 43 homosexuals. *British Medical Journal, 2*, 594-597.
- MACCULLOCH, M., WADDINGTON, J., & SANBROOK, J. (1978). Avoidance latencies reliability reflect sexual attitude during aversive therapy for homosexuals. *Behavior Therapy, 9*, 526-577.
- MALETZKY, G. (1973). Assisted covert sensitization: A preliminary report. *Behavior Therapy, 4*, 117-119.
- MALETZKY, B. (1974). Assisted covert sensitization in the treatment of exhibitionism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 34-40.
- MALETZKY, B. (1986). Orgasmic reconditioning. In Bellack & Hersen (Eds.), *Dictionary of Behavior Therapy Techniques*. New York: Pergamon Press.
- MALETZKY, G. (1991). *Treating the Sexual Offender*. Newbury Park, California: Sage.
- MALETZKY, G. (1997). Exhibitionism: Assessment & Treatment. In Laws & O'Donohue (Eds.), *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press.
- MALETZKY, B., & GEORGE, F. (1973). The treatment of homosexuality by "assisted" covert sensitization. *Behaviour Research and Therapy, 11*, 655-657.
- MARSHALL, W., EARLS, C., SEGAL., & DARKE, J. (1983). A behavioral program for the assessment and treatment of sexual aggressors. In Craig & McMahon (Eds.), *Advances in Clinical Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- MCCONAGHY, N. (1993). *Sexual Behavior: Problems and Management*. New York: Plenum Press.
- MURPHY, W. (1990). Assessment and modification of cognitive distortions in sexoffenders. In Marshall, Laws & Barbaree (Eds.), *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender*. New York: Plenum Press.
- MURPHY, W. (1997). Exhibitionism: Psychopathology and Theory. In Laws & O'Donohue (Eds.), *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press.
- MUSE, M. (1996). *Introducció a la Teràpia Conductual-Cognitiva: Pautes Teorètiques*. Girona: Mensana Publicacions.
- WALKER, P., & MEYER, W. (1981). Medroxyprogesterone acetate treatment for paraphilic sex offenders. In Hays, Roberts & Solway (Eds.), *Violence and the Violent Individual*. New York: S.P. Medical and Scientific Books.
- WELLS, J. (1999). Fetish Table: Specific Paraphilias Diagnoses. In DSM-IV as 302.9.
- WEBSITE: HYPERLINK <http://www.compchs.com/fetish.htm>
- WINCZE, W., BARSAL, S., & MALAMUD, M. (1986). Effects of medroxyprogesterone acetate on subjective arousal, arousal to erotic stimulation, and nocturnal penile tumescence in male sex offenders. *Archives of Sexual Behavior, 15*, 293-305.

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS (ASEPCO)

La Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO) agrupa a profesionales de la Psicoterapia y a psicólogos en formación de orientación cognitiva. En la actualidad subsisten diferentes modalidades psicoterapéuticas que pueden ser denominadas genéricamente como Psicoterapias Cognitivas. La necesidad de facilitarles un marco institucional y asociativo en nuestro país ha dado origen a nuestra Asociación, que en fecha 27 de octubre de 1992 ha sido reconocida por el Ministerio del Interior e inscrita con el número 113.710 en el registro de Asociaciones.

Socios:

ASEPCO cuenta con una sección integrada por psicoterapeutas acreditados de acuerdo con los criterios establecidos por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) y admite como socios adherentes a todos aquellos que se hallen en periodo de formación. Para formar parte de la Asociación se requiere presentar una solicitud de ingreso, acompañada de la siguiente documentación:

- a) Titulación (fotocopia del original),
- b) Curriculum personal, profesional y académico documentado,
- c) Justificante de haber satisfecho la cuota de ingreso.

Objetivos:

- Fomentar la investigación y el estudio en psicoterapia cognitiva.
- Promover la formación permanente de los miembros acreditados y posibilitar la acreditación de los miembros adherentes.
- Organizar actividades de divulgación científica tales como conferencias y congresos.
- Colaborar con entidades afines y establecer lazos institucionales con asociaciones homólogas de ámbito internacional.

Información e inscripciones:

- Para inscribirse como socio de ASEPCO enviar la documentación requerida y la cuota de ingreso mediante un talón a nombre de ASEPCO (ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS) por el importe de 5.000 pts.

Dirigir toda la correspondencia a:

**ASEPCO. C./ Numancia 52, 2º 2ª 08029 - BARCELONA
Tel.: (93) 321.75.32**

CONCEPTUALIZACION, EVALUACION Y TERAPIA DE LA PAIDOFILIA: ILUSTRACION DE LA APLICACION DE LA TERAPIA CONDUCTUAL A UN TRASTORNO PAIDOFILICO

Salvador Alario Bataller

Clínica Psico-Médica (Valencia)

Avda. Blasco Ibáñez, 126 - 6º, 28a, 46022 Valencia

In this article we review the pedophilia, their possible ethiology and the personality investigations that correlate some of pedophilic behaviour and the biological and cognitive-behavioural therapies. In the present study a paidophilic patient was treated with a behavioural therapeutic program. Therapy included impulses control techniques, orgasmic reconditioning, covert sensitization, exposure and cognitive therapy. The results of this study are presented and we can find a good improvement at the end of the treatment. Moreover, the patient maintained the improvement at the 1-month, 3-month, 6-month and 12-month follow-ups.

Key words: Paraphilias, pedophilia, child sexual abuse, personality, cognitive-behavioural therapy, aversive therapy, exposure.

1.1. INTRODUCCION

Si bien en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1994) se establecen algunas modificaciones y aditamentos respecto a los anteriores, el significado de los cuatro grandes grupos diagnósticos y muchas de los trastornos particulares es idéntico que en las versiones precedentes. Así, las parafilias aludirían a trastornos cuya característica diferencial consistiría en la experimentación de excitación sexual ante pensamientos, objetos y situaciones inapropiados según lo que socialmente se considera normal o adecuado; en los trastornos de la identidad sexual el paciente vería inadecuado, molesto y extraño su sexo anatómico, etc.

La *Paidofilia* o *Pedofilia* (literalmente «amor a los niños»: del griego

paidós, niño, y *filos*, amor) objeto de este artículo, constituye un hecho grave, el cual, en nuestros días, está recibiendo una especial atención, tanto especializada como en los medios de comunicación social, debido a los acontecimientos recientes relativos al abuso sexual, prostitución y pornografía infantiles. Ciertamente nos enfrentamos al problema genérico de los malos tratos y abuso sexual infantil, problema que ha existido siempre y que sólo en fechas muy próximas en el tiempo ha recibido la atención merecida por parte de los estamentos sociales y profesionales. Las investigaciones sistemáticas son de publicación muy reciente, como mucho desarrolladas en los últimos quince años, y gracias a ellas hemos aumentado nuestra comprensión sobre la etiología, mantenimiento, secuelas y vías de intervención para las víctimas de malos tratos y agresión sexual en edad infantil o adolescente. De hecho se han incrementado las publicaciones especializadas e inclusive en nuestro país contamos, por lo menos, con dos monográficos dedicados al tema (vbgr., Arruabarrena & de Paúl, 1996; Cantón & Cortés, 1997). Aquí interesa, no obstante, la otra parte, la del sujeto que comete dichos actos, el paidófilo, tema que, a despecho de su indudable interés social, legal y científico, ha merecido más bien escasa investigación y sobre el cual existen no pocas especulaciones y, por lo demás, pocos hechos probados. Pese a ello, se tiene noticia de la paidofilia desde antiguo y actualmente disponemos de criterios específicos para su diagnóstico (Tabla 1). El asunto de la terapia es capítulo aparte aunque, como veremos, existen vías de intervención que merecen ser estudiadas en mayor profundidad y rigor y que, en líneas generales y atendiendo a condicionantes concretos (personalidad del paciente, tipo de agresión, modalidad del abuso, disponibilidad asistencial, etc), pueden ofrecer vías de intervención prometedoras.

Dentro de las parafilias, la paidofilia es la que recibe un mayor rechazo social, por la consideración impropia del acto, debido a que se establece entre un adulto y un niño, al cual se le supone inmaduro y sin el suficiente conocimiento y libertad para decidir sobre sus actos y para valorar el significado de los mismos. En general, la relación sexual adulto y niño se la considera social y moralmente inadecuada.

Así pues, la característica principal de la paidofilia consiste en la realización de actividades sexuales con niños en edad prepuberal (por lo general de 13 años o menos). Según el DSM-IV, el paidófilo debe tener 16 años o más y ha de ser, por lo menos, 5 años mayor que el niño (APA, 1994). En el caso de los adolescentes mayores que padecen este trastorno no se ha especificado una diferencia de edad precisa y, se aconseja por ello, que debe apelarse al juicio clínico, considerando tanto la madurez sexual del niño como la diferencia de edades; este hecho es importante dado que, como tendremos ocasión de ver inmediatamente, ha aumentado el número de actos paidofílicos cometidos por adolescentes.

Por otra parte, los paidófilos se sienten atraídos por niños dentro de un margen de edad particular. Hay paidofilia homosexual y heterosexual, a la vez que existen individuos que se sienten atraídos tanto por niños como por niñas. Generalmente,

Tabla 1.- Criterios diagnósticos de la pedofilia según el DSM-IV.

1. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes o altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores (generalmente 13 años o menos).
2. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
3. La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos 5 años mayor que el niño o los niños del criterio 1. No debe incluirse a individuos en las últimas etapas de la adolescencia que se relacionan con personas de 12 o 13 años.

Especificar si:

Con atracción sexual por los varones

Con atracción sexual por las mujeres

Con atracción sexual por ambos sexos

Especificar si:

Se limita al incesto

Especificar si:

Tipo exclusivo (atracción sólo por los niños)

Tipo no exclusivo

para los que prefieren niñas, éstas suelen tener una edad que oscila entre los 8 y los 10 años, mientras los que se inclinan por los niños los prefieren un poco mayores. Se sabe a ciencia cierta que la paidofilia que afecta a las niñas es mucho más frecuente que la correspondiente a los niños.

En cuanto a las actividades sexuales entre adulto y niño, pueden ser variadas: hay quien solamente se dedica a desnudar a los niños y observarlos, a exponerse frente a ellos, masturbarse en su presencia, acariciarlos, mientras otros practican el sexo oral o la penetración anal o vaginal, variando el grado de fuerza utilizado para conseguir estos objetivos. Se suelen aducir razones justificativas por parte del paidófilo en relación a su proceder, en el sentido de que ello puede ser educativo para el niño, que éste es provocador, que disfruta con el contacto sexual, temas que son recurrentes en la pornografía infantil y que constituyen una distorsión de la realidad. Puede darse también el sadismo sexual asociado a la paidofilia, pero cuando no es éste el caso, el paidófilo suele ser solícito con las necesidades del niño, granjeándose su afecto y lealtad a fin de no ser denunciado.

El trastorno paidofílico suele aparecer en la adolescencia -y son numerosos los casos detectados recientemente en los que el agresor es un adolescente, como se verá-, aunque algunos pacientes comunican que el interés se suscitó en la edad intermedia de la vida. La excitación paidofílica suele acentuarse con el estrés psicosocial y su curso normalmente es crónico, especialmente cuando la atracción es de índole homosexual. De hecho, el índice de recidivas en los paidófilos

homosexuales es aproximadamente el doble en comparación con los heterosexuales. En cuanto a los factores predisponentes, se ha observado que muchos de estos individuos fueron víctimas de abusos sexuales en la infancia.

En cuanto al diagnóstico diferencial, debe tenerse presente que los actos sexuales con niños no aseguran el diagnóstico de paidofilia, ni la existencia de fantasías masturbatorias, puesto que puede ocurrir que personas sexualmente normales utilicen imágenes infantiles en la autocomplacencia sexual, si bien nunca realizarían un acto semejante en la realidad; la situación sería análoga a lo observado en la población heterosexual, donde suelen darse casos de excitación sexual homófila asociada a la masturbación, sin que ello comporte práctica ninguna de esta índole. En este sentido cabría considerar también a las otras parafilias, hecho que no resulta en absoluto problemático si no trasciende la imaginación y que un escritor entre nosotros ha conceptualizado como inocua perversión diaria, esas licencias que uno puede permitirse en la fantasía y que en la práctica pueden darse, salvo excepciones, siempre y cuando no medie la coacción o un dolor intolerable (de Villena, 1992). En efecto, tendremos ocasión de comprobar que esto es precisamente una realidad, mucho más frecuente de lo que la gente estaría dispuesta a reconocer.

Los actos sexuales con niños pueden tener un carácter reactivo dependiendo, por ejemplo, de pérdidas afectivas, desacuerdos maritales o soledad, representando la relación sexual con el niño un sustituto de una actividad preferente, pero no disponible. En otras condiciones, el sujeto no se involucraría en este tipo de contacto sexual, lo cual, por lo demás, nada resta a lo punible del acto.

Cuando se da incesto, debe realizarse el diagnóstico de paidofilia siempre que se satisfagan los criterios diagnósticos. En estos casos, también suele darse relaciones paidofílicas con niños que no pertenecen a la familia. Ciertas condiciones, como el alcoholismo, trastornos asociados con la edad, esquizofrenia o en el síndrome orgánico de la personalidad, que producen una disminución de la capacidad de juicio, de las habilidades de relación sexual o un déficit en el control de impulsos, que abocaría, en algunos casos y de manera aislada, pueden conducir a la comisión de actos sexuales con niños. En estos casos, la relación con niños no es la fuente preferente ni exclusiva para obtener placer sexual. Finalmente, cuando haya sadismo sexual, deben efectuarse ambos diagnósticos.

Anteriormente se creía que la paidofilia se daba exclusivamente en hombres (Stoller, 1977), aunque se ha comprobado también su existencia en mujeres (Tollison & Adams, 1979; Kolodny *et al.*, 1979). La mayoría de los paidófilos son heterosexuales -siendo niñas las 2/3 partes de las víctimas-, muchos de ellos con hijos y solamente en un 10% de los casos son desconocidos de la víctima (Mohr *et al.*, 1964). De lo que no cabe duda es que la mayoría de los agresores sexuales, tanto de niños como de niñas, son varones, representando, según investigaciones, del 82 al 92% del total; además, es más frecuente que los paidófilos escojan víctimas del

sexo contrario, sean agresores masculinos o femeninos (v., López *et al.*, 1995).

En cuanto a la edad de los agresores, la mayoría de ellos son adultos de mediana edad (López *et al.*, 1995); sin embargo, investigaciones realizadas en otros países han constatado el elevado número de agresores sexuales adolescentes que cometen abuso sexual infantil, apreciándose un aumento de la tasa de incidencia a lo largo de años consecutivos de estudio y la probabilidad de cometer abuso sexual en la adolescencia, en comparación con personas de mayor o de menor edad (el grupo de 8 a 12 años le seguía en importancia) (Glasgow *et al.*, 1994; Elliot *et al.*, 1995).

A pesar de las secuelas demostradas del abuso sexual infantil y del énfasis actual en las medidas preventivas, hay quienes defienden la normalidad de la paidofilia. Este supuesto se basa en la idea de que si un niño accede libremente al contacto sexual, si posee los conocimientos sexuales adecuados y consiente sin que medie coacción, las relaciones que, bajo estos condicionantes, se establezcan entre adulto y niño no son patológicas. Los defensores de esta postura apelan a los datos de estudios transculturales referentes a relaciones adulto-niño, así como información de fuentes históricas. También se arguye que no es propiamente la relación la que provoca consecuencias negativas en el niño, sino la respuesta social ante la misma, proveniente de la familia, autoridades, amigos o vecinos que impregnarían el incidente de un dramatismo que no tiene, haciendo vivenciar al niño sentimientos de culpa, angustia y vergüenza. Caso de no existir tal reacción, no se produciría ningún efecto negativo en el niño, sino que, al contrario, la relación paidofílica podría ser normal y saludable (supuesto placer, efecto pedagógico, afecto proporcionado, etc). Empero, aunque se demostrase la inexistencia de perjuicio, perviviría el problema moral de la desigualdad de poder y, por lo tanto, la falta de madurez en el niño para dar su consentimiento (Kelly & Lusk, 1992). Otro argumento que se ha esgrimido en defensa de la normalidad de la paidofilia es que, en cierto grado, esta clase de excitación sexual existiría en la totalidad de los adultos. Habida cuenta de las diferencias importantes entre imaginación y comisión de actos, entre fantasía y realidad y que algunos individuos podrían utilizar imaginación paidofílica en la masturbación (como sucede con heterosexuales que emplean imágenes homosexuales en el acto masturbatorio) sin mayor incidencia en el plano psicológico o social. La mayoría de los estudios realizados han observado en los paidófilos una mayor tasa de alcoholismo, más trastornos psicopatológicos, estilo atribucional, actitudes y creencias sexuales peculiares y una respuesta de erección mayor ante diapositivas de niños en comparación con la población normal (v., Avery-Clark & Laws, 1984). Pero hay que tener presente que la mayor parte de los estudios se han llevado a cabo sobre paidófilos encarcelados o sometidos a tratamiento, por lo cual los resultados no son generalizables a la población paidofílica, por un básico sesgo de muestreo; asimismo, bien pudiera ser que las diferencias indicadas arriba tuvieran otra causa diferente de la paidofilia *per se*, por ejemplo las consecuencias del ostracismo social (Kelly & Lusk, 1992; Briere *et al.*, 1992).

Aunque posteriormente trataremos el capítulo de las hipótesis etiológicas de la paidofilia, centrándonos sobre todo en el paradigma biogénico y en el del aprendizaje, se pueden considerar ciertas condiciones facilitadoras, en la personalidad y en lo social, que pueden ser relevantes para comprender mejor esta parafilia. Los factores de personalidad pueden tener una importancia substancial en la determinación del trastorno, a despecho de que la evidencia disponible es poca y poco concluyente. Desde el psicoanálisis siempre se preconizó la enjundia de componentes no sexuales, como la necesidad de afecto o poder, así como la influencia de la heterofobia. Empero, las investigaciones que han utilizado pruebas psicológicas objetivas, tests psicométricos, principalmente el MMPI, no han establecido ningún perfil característico del agresor sexual, sea de adultos o de niños. Sí se ha detectado que los agresores sexuales no violentos suelen ser más tímidos, socialmente inhibidos, pasivos y poco asertivos, a la par que los incestuosos se caracterizan por ser violentos, autoritarios y, por ende, dominantes y controladores, por lo menos en su familia (vbgr., Hall, 1989). También se han descrito ciertos factores socioculturales que podrían estar asociados con el trastorno paidofílico. De una manera general, se responsabilizaría a los patrones de socialización de la cultura occidental de la generación del abuso sexual. En este sentido, cabría mencionar la discriminación y opresión de las mujeres en nuestra sociedad, donde las madres poseen un escaso poder en el seno de la familia, modelo éste que las niñas acabarán aprendiendo indefectiblemente. Este estatus de inferioridad y dominación podría facilitar la victimización. Por otro lado, el tema sexual suele ser tabú para los niños, lo cual desencadenará un natural interés ante lo prohibido, lo que puede conducir a una mayor facilidad de asentimiento cuando un adulto brinda esa posibilidad de «conocimiento» sexual. Añádase a lo anterior, la pérdida y deterioro de valores morales tradicionales (religiosos, disminución de la autoridad paterna, relativización del «mal y lo malo»), la disminución genérica del miedo a las consecuencias de la propia conducta, dimanantes de la revolución sexual (y del cambio social general), lo que comporta una falta de claridad y definición de las normas sexuales. Del mismo modo, existe un aumento de estímulos de valencia sexual que pueden involucrar a los niños, como la sexualización de los niños en los medios de comunicación, la progresión de la difusión y quizás del interés por la pornografía infantil. Paralelamente una mayor liberalización del sexo no implica una mayor gratificación real y de ahí la disonancia entre revolución sexual y satisfacción sexual que, en algunos individuos insatisfechos, podría llevar a buscar la satisfacción prometida y no obtenida con el acceso carnal a los niños. Así mismo, cabe considerar la mayor asertividad sexual en la mujer, no pocas veces confundida con agresividad, que puede resultar amenazante para algunos hombres, que preferirán soslayar la ansiedad y la inseguridad mediante la relación con niños. De hecho, hay evidencia que apunta a que, en nuestra cultura, un número importante de hombres, dependiendo de factores determinados, experimentan cierto grado de atracción

sexual por los niños. Entre las variables intervinientes en la atracción parafilica estaban el uso regular de pornografía, el hecho de ser varón, mayor experiencia sexual y tolerancia hacia la violencia interpersonal (Briere & Runtz, 1989).

De carácter también sociocultural, la perspectiva feminista, ha resaltado tres componentes esenciales en el abuso sexual infantil. Un hecho central es que la mayor parte de los abusos sexuales los realizan hombres sobre niñas, a lo cual hay que añadir la falta de responsabilidad de la víctima en el abuso, para terminar enfatizando que la causa principal del abuso es la naturaleza patriarcal (léase machista) de nuestra sociedad. Un condicionante del abuso estribaría en el papel inferior que la sociedad atorga a las mujeres y a los niños. Este modelo de «socialización masculina» produciría un hombre tendente a buscar su satisfacción sexual de una manera prioritaria, fuera de una relación amorosa o romántica, poseedor de un rol activo y dominante, por el que ve el otro sexo como objeto de satisfacción sexual, pasivo e inferior. Un ser dominado, pasivo y con poca iniciativa sexual sería precisamente un niño. Se ha criticado esta teoría en el sentido de que solamente trata de explicar ciertos factores socioculturales que coadyuvarían a una desinhibición del paidofílico con niñas, pero no se ocupa, sin embargo, de las mujeres paidófilas, ni de la paidofilia homosexual (Cantón & Cortés, 1997).

Por otra parte, Finkelhor (1984) ha defendido la teoría de que existirían cuatro condiciones previas necesarias para la paidofilia, que serían la motivación, la eliminación de inhibiciones personales, el soslayo de barreras exteriores y la superación de la resistencia que el niño pueda oponer al contacto paidófilo. Vemos que el énfasis se centra más bien ahora en el individuo.

En primer lugar, pueden existir multitud de factores motivacionales detrás de la paidofilia, pero se destacan tres componentes motivacionales principales: la congruencia emocional (es decir, la relación sexual con el niño satisface una necesidad emocional importante), la activación sexual (es decir, el contacto sexual ha de ser gratificante) y el bloqueo (es decir, otras formas de relación sexual tienen menos valencia plecentera o no hay disponibilidad). El que se tenga dicha motivación, cabe buscarla en factores tanto socioculturales como psicológicos. Entre los primeros, habría que destacar la necesidad masculina de ser activos y dominantes en materia sexual, la utilización de imágenes infantiles (más o menos sexualizadas) en la publicidad ordinaria, la pornografía infantil, la inhibición de la masturbación y de las relaciones extramaritales. En el plano psicológico, se ha hablado del deficiente desarrollo emocional del paidófilo, de la existencia de un trauma infantil inconsciente, de la identificación narcisística con un yo infantil, del impacto psicológico del mantenimiento de relaciones con adultos en la infancia y del modelado de este tipo de atracción por parte de otra persona con tendencias paidófilas, de una anormalidad biológica o de una necesidad de poder y control que solamente podría ser satisfecha con niños.

En segundo lugar, además de estar motivado, el sujeto tendrá que eliminar una

serie de inhibiciones personales que, como tales, de ordinario actúan inhibiendo las relaciones sexuales con niños. Entre los elementos que pueden conducir a esta desinhibición se encuentran el alcohol, la senilidad, la deficiencia mental, trastornos mentales graves (como la esquizofrenia) y la existencia del incesto. Aquí habría que contemplar también la falta de una legislación contundente para este tipo de delito habiendo, por contra y aún en nuestros días, cierta tolerancia social y debilidad en el castigo por este tipo de actos.

En tercer lugar, hay algunos factores individuales que permiten al adulto superar las barreras externas al abuso sexual, infantil, entre los cuales cabe destacar una madre ausente (por ruptura, enfermedad o muerte), una madre dominada y maltratada, el aislamiento social de la familia y las posibilidades para el contacto con el niño, dormitorios comunes, etc. Desde la perspectiva sociocultural, se defiende la idea que detrás de la superación del control externo para el abuso, pueda existir la desigualdad entre los sexos y la falta de apoyo social de la madre.

La cuarta y última precondition necesaria para que se produzca el abuso sexual es la posibilidad del niño para resistirse del abuso sexual. Un niño emocionalmente inseguro, falto de información sobre los abusos sexuales, con confianza hacia el adulto agresor (por ejemplo un familiar), sometido a coacción, es un buen candidato para ser victimizado. Un niño emocionalmente vulnerable y con carencias afectivas será más proclive a sufrir abuso sexual, pero estas condiciones no son importantes cuando el agresor hace uso de la violencia. Detrás de toda esta problemática, suele encontrarse la escasa educación sexual de los niños y su escaso poder a nivel social.

Terminaremos esta introducción con una referencia a las tipologías sobre la paidofilia. Según el DSM-IV, hay individuos que solamente se sentirían atraídos por niños: sería la *paidofilia de tipo exclusivo*; mientras que otros, en ocasiones, se sentirían atraídos sexualmente por adultos, en cuyo caso estaríamos ante la *paidofilia no exclusiva* (APA, 1994).

Una tipología similar a la anterior es la de Howells (1981), que distinguía entre *paidófilos preferenciales* y *paidófilos situacionales*, mostrando los primeros una orientación sexual fundamentalmente dirigida a los niños, con nulo o escaso interés hacia los adultos; suelen ser solteros y en caso de matrimonio, éste sería de apariencia o de conveniencia. Se trataría de los paidófilos *purasangre*, con rasgos compulsivos, con bajo control de impulsos, que planificarían sus ofensas y, por ello, sus acciones no serían desencadenadas por el estrés psicosocial. No valorarían su problema como tal, con baja conciencia de enfermedad. En los paidófilos de la segunda clase, los situacionales, no se detectaría ninguna anomalía en su desarrollo social y sexual, aunque pudiesen observarse déficits en las habilidades heterosexuales y heterosociales, especialmente en las relaciones íntimas. *A priori*, sus intereses sexuales van dirigidos a los adultos y valoran como anormal o patológica su inclinación por los niños. Sus conductas parafilicas, de carácter claramente impulsivo, se encuentran desencadenadas por factores vitales estresantes y, por ello, no

existe premeditación relativa.

Por su parte, Lanyon (1986) añadía una nueva estirpe de paidófilos, cuyo significado es obvio, los *paidófilos violentos* y *violadores*, cuya violencia implícita en el acto merecería consideraciones especiales (v., Alario Bataller, 1993a). En un trabajo experimental, se comprobó que los ofensores sexuales violentos respondían significativamente (medidas pletismográficas) a los estímulos agresivos, hecho que no sucedió en los paidófilos no violentos (Avery-Clark & Lows, 1984). Esta evidencia es importante porque incide en la diferenciación entre dos tipos de parafílicos, es decir, aquellos que abusan sexualmente con violencia y aquellos que no asocian la violencia al abuso sexual indicando así, muy posiblemente, diferencias etiopatogénicas las que, a su vez, determinarían el tratamiento a seguir.

En fechas más recientes Glasser (1990) ha descrito lo que él denomina *paidofilia invariante*, de carácter primario, caracterizada porque el sujeto siempre se ha visto inmiscuido en actividades sexuales con niños de manera exclusiva. Su interés por las personas adultas en el plano sexual es nulo. Su personalidad sería rígida, con grandes limitaciones en cuanto a intereses y actividades, abocado a una vida solitaria y estéril. Su comportamiento paidofílico es visto por esta clase de sujetos como algo normal y, subsiguientemente, no evocan en él culpa ni vergüenza alguna. Por otra parte nos encontramos, siempre según este autor, con la *paidofilia psiconeurótica*, secundaria, por cuanto el individuo tiene o ha tenido posibilidades de establecer relaciones sexuales con personas adultas, habitualmente de carácter heterosexual. Empero, en las relaciones normales estos sujetos pueden experimentar problemas o dificultades, en el deseo, en la capacidad eréctil o conflictos de pareja, síntomas de naturaleza «neurótica», que el autor relaciona con una conflictividad intrapsíquica característica. Al solayo de la filiación teórica de este investigador, lo que interesa resaltar en este lugar es que estas conductas paidofílicas secundarias de desencadenarían de manera irregular, de modo oportunista o a causa de un período de estrés. En este caso el sujeto sí experimenta fuertes sentimientos del culpa o vergüenza. No obstante, una evaluación más profunda en este tipo de pacientes detecta que los impulsos y deseos paidofílicos son realmente de carácter persistente en sus vidas subyacentes, a decir verdad, a una aparente normalidad emocional y adecuada adaptación al medio social. Además, en base a datos clínicos, se observa que este tipo psiconeurótico, para realizar una actividad sexual apropiada con personas adultas, requiere apelar, en cada ocasión, a fantasías paidofílicas durante el intercurso. Glasser (1990) ha aducido que, sea como fuere y pese a las disimilitudes indicadas, ambos tipos presentan en común su gran temor y rechazo hacia la sexualidad adulta normal, cuyas causas habrán de encontrarse en el desarrollo psicosexual de los sujetos. Sin entrar en detalles, decir solamente que se han postulado teorías diversas para explicar este hecho, pero ninguna de ellas ha recibido, en lo esencial, confirmación experimental.

Otra clasificación tipológica es la que distingue entre *agresores incestuosos*

y *agresores pedofílicos*; según los proponentes de esta tipología, los padres incestuosos no cometerían actos pedofílicos fuera de la familia y el acto respondería a necesidades diferentes a los sexuales. La estructura familiar, por lo demás, coadyuvaría a la génesis del abuso sexual y a su pervivencia. El hecho es, sin embargo, que el tipo de familia que se encuentra en el incesto puede darse en situaciones donde no existe el abuso sexual, que la sexualidad posee componentes sexuales y no sexuales y que el padre incestuoso lleva a cabo actividades sexuales fuera de su hogar (Conte 1985). Por su parte, los agresores pedofílicos utilizarían a niños como objetos sexuales de forma preferente o excluyente. Los individuos que eligirían, si pudieran, mantener relaciones con adultos quedarían fuera de este tipo.

Una nueva tipología se basa en el significado del abuso, la relación del agresor con la víctima y el nivel de relaciones interpersonales del agresor (Knight *et al.*, 1985). Así, según el significado de la agresión, tendríamos a paidófilos que solamente buscarían la satisfacción sexual (objetivo instrumental) y aquellos, agresivos, cuya meta sería la de causar daño al niño. Según el tipo de relación entre el agresor y la víctimas, podríamos distinguir entre la seducción, el uso de la fuerza, la manipulación, abuso de niños conocidos, etc. En cuanto al tipo de relaciones interpersonales anteriores, distinguiríamos una tipología según los conceptos de regresión o de fijación. De esta forma, el agresor con fijación mostraría un bajo nivel de competencia social, caracterizándose por distorsionar a la víctima; en cambio el agresor con regresión tendría un mayor desarrollo y nivel de relaciones interpersonales que el caso anterior, cupiendo la posibilidad de un matrimonio previo y de la existencia de relaciones heterosexuales normales previas a la regresión.

También podemos considerar en este lugar los paidotipos de la línea freudiana, con algunos elementos que ya han aparecido en clasificaciones anteriores. Por ejemplo, Groth *et al.* (1982) discriminaron entre *paidófilos fijados* y *paidófilos regresivos*. Los primeros presentarían una falta de maduración psicosexual típica y, por ende, por la inexistencia de relaciones sexuales adultas. Su preferencia sexual es casi completamente exclusiva hacia los niños y tendrían unas necesidades emocionales infantiles, propias de niños: serían, en ese aspecto, como niños que se relacionan con otros niños. El contacto sexual adulto les evoca ansiedad (también hay sentimientos de inadecuación e ineptitud en las relaciones sociales con adultos, en general), por lo cual les resulta insatisfactorio. No tendrían sentimientos de culpa (o, en todo caso, el malestar sería mínimo), planeando sus actuaciones sexuales parafílicas y la orientación sería, preferentemente, homófila. En lo concerniente al segundo tipo, los paidófilos con regresión, presentarían un desarrollo psicosexual previo normal, con el mantenimiento de relaciones sexuales con personas adultas pero, en determinado momento de sus vidas, sufren una regresión que les impele a buscar contacto sexual con niños, sobre todo cuando surge la inadaptación y la falta de control ante problemas como la separación, el divorcio, la pérdida de empleo o el estrés psicosocial intenso. Sin embargo, el mantenimiento de relaciones paidófilas

resulta contradictorio con lo que ellos consideran una relación sexual normal (entre adultos), por lo cual suelen generarse sentimientos de culpa consecuentes a su comportamiento. Su conducta sexual inadecuada suele ser reactiva, episódica e impulsiva y el tipo de relación es heterosexual.

1.2. APROXIMACIONES ETIOLÓGICAS

1.2.1. Teorías biológicas

Las teorías biológicas, por las que se pretenden explicar las parafilias a partir de factores etiológicos endógenos, pueden dividirse, a grandes rasgos, en dos grandes grupos: las tesis genéticas, que defenderían la existencia de factores de herencia (genes), transmisibles de generación en generación, responsables de las desviaciones sexuales, y las tesis endocrinológicas, donde se daría primacía al influjo hormonal sobre el comportamiento, pudiendo ser la determinación prenatal, perinatal o postnatal, atendiendo al momento más relevante de actuación de los factores endocrinos (hormonas) (Alario Bataller, 1992).

En último término habría que retrotraerse al peso fundamental del genoma, que determina la estructura y función que, en formas diversas, pueden hallarse presentes en las parafilias con un peso que, a decir verdad, hoy nos es desconocido. En no pocas ocasiones también, a un cierto nivel de análisis pueden encontrarse relaciones estables que permiten comprender los fenómenos objeto de investigación y esto precisamente se ha tratado de averiguar en el marco de las tesis biogénicas, principalmente respecto a la determinación hormonal del comportamiento sexual, en general y parafilico/paidofílico que es lo que aquí nos interesa.

En el seno de la teoría biológica de la pedofilia y de la ofensa y agresión sexual en general, se han contemplado muchas variables. En la paidofilia se han defendido las tesis de una mayor tasa de testosterona y, en consecuencia, una mayor activación sexual en comparación con la población normal. La hipótesis de los niveles testosterónicos incrementados se defendería, sobre todo, cuando en la relación sexual parafilica coexiste la violencia. Factores como éstos coadyuvarían directamente a la parafilia, pero existirían otros déficits que, restando autocontrol al sujeto, contribuirían al mismo resultado. Así, algunos autores han postulado un déficit en inteligencia (vbgr.,debilidad mental y senilidad) en la paidofilia, si bien las evidencias establecen que la mayoría de los sujetos poseen una inteligencia normal.

Quedó dicho anteriormente que una línea de investigación intenta demostrar la relación entre ciertos andrógenos y actos sexuales violentos. En una investigación se encontró una correlación positiva entre sujetos encarcelados por delitos sexuales y niveles elevados de testosterona total y globulina ligada o portadora de este andrógeno (Aluja *et al.*, 1989). En cambio, la testosterona libre se encontraba disminuida en sus niveles hemáticos. También se encontró, dato interesante, que los individuos encarcelados tenían puntuaciones mayores en la escala de «buscadores

de sensaciones», en comparación con los controles; estos hechos son concordantes con los hallazgos de Baitzman & Zukerman (1980).

Se ha defendido la hipótesis de que el factor biológico más conspicuo relacionado con la paidofilia es el sexo del adulto: la práctica totalidad de los paidófilos son varones, de ahí que resulta plausible admitir una actuación determinada a los factores biológicos (Kelly & Lusk, 1992). En relación con el sexo del adulto, precisamente sería menor el número de mujeres paidófilas a causa de una generalización a todas las formas de relación sexual de la estrategia de la mayor cautela y prevención de las relaciones sexuales adultas, principalmente por las repercusiones del embarazo.

Así mismo, existe una línea de investigación que contempla tanto factores bioquímicos como parámetros de personalidad que puede arrojar luz en este capítulo tan controvertido que es el de las ofensas y desviaciones sexuales (Farré Martí *et al.*, 1991). En ciertas investigaciones se ha constatado una correlación positiva entre altas puntuaciones en índices de «búsqueda de sensaciones» y la actividad de la acetilcolinesterasa. Esto denota una intensificación del catabolismo colinérgico, el cual provocaría una mayor dificultad para la relajación en el comportamiento o en la actividad, amén de niveles disminuidos de MAO plaquetaria y la correspondiente escasa degradación de catecolaminas. Se sabe que éstas son responsables, al menos parcialmente, de la hiperactividad. También se observan consecuentemente déficits en serotonina.

En el caso de las parafilias, se han propuesto hipótesis generales para explicar la relación existente entre la identidad de género masculina y las conductas parafilicas (Eysenck, 1979; Eysenck & Wilson, 1976). Según esta argumentación, las mujeres serían poseedoras de una mayor capacidad discriminativa en materia sexual comparadas con los hombres. Este hecho sería extrapolable a las otras especies zoológicas. Los varones mostrarían una mayor variabilidad sexual, debido a que, por su propia condición, pueden permitirse el lujo de dilapidar el semen (Eysenck & Wilson, 1976). El hombre, virtualmente, poseería un impulso sexual enérgico e imperativo, requiriendo necesariamente la satisfacción de este apetito, lo que casi nunca sucede al gusto del que desea; en consecuencia aparecerían estados de insatisfacción y frustración sexuales con lo que, dadas condiciones facilitadoras, aumentaría la probabilidad de realizar actos parafilicos. En los agresores sexuales se ha descubierto que su impulso sexual no es más vehemente que el de sujetos controles, aunque muestran una mayor agresividad hacia la mujer. Piénsese en el binomio frustración-agresión que, en alguna medida, podría encontrarse a la base de algunas parafilias y vejaciones sexuales. La violación de hecho, más que otra cosa, parece ser un acto de violencia ejercida hacia la mujer (Alario Bataller, 1993a).

Por su parte, la testosterona constituye el substrato orgánico de conductas definidas. Se sabe que, en muchas especies, la conducta agonística (de ataque y defensa) se encuentra relacionada con los niveles de testosterona. También en otros

biontes aparte del humano, hombre y mujer inclusive, el deseo sexual se encuentra condicionado por los niveles testoterónicos. Sin embargo, tesis que desarrollaremos acto continuo, se ha indicado que el deseo sexual es más fuerte en el parafilico que en quien no lo es (activación sexual fisiológica incrementada) y si, además, hay insatisfacción sexual, habrá una mayor tendencia en ellos (y en los hombres en general) a compensar dicha frustración con fantasías de tipo parafilico (sádico, masoquista, pedofílico, etc). Así, pues, la insatisfacción básica del parafilico se encontraría a la base de su psicopatología, si bien habría que considerar otros aspectos etiopatogénicos. Lo que sí sabemos, como se dijo, es que las parafilias, los vejámenes y las agresiones sexuales son ejercidos casi exclusivamente por varones; la razón de ello nos es, hoy por hoy, completamente desconocida.

La hipótesis comentada de que los parafilicos y los paidófilos entre ellos, poseerían una mayor activación sexual fisiológica que los controles normales, se encuentra a la base no sólo de una concepción de la paidofilia, consecuente, sino que dimana además de ciertas medidas de evaluación de tipo biológico. De hecho, muchos estudios de laboratorio y estrategias terapéuticas se basan en medidas fisiológicas de activación sexual como variable dependiente más relevante de cambio terapéutico y, en no pocas ocasiones -pese a los importantes problemas y dudas suscitadas- las medidas fisiológicas de activación han sido consideradas criterio único de desviación. Recientemente, esta idea ha sido palmariamente defendida, considerándose la erección peneana frente a estímulos sexuales infantiles la medida más objetiva del interés sexual en el paidófilo (Hall, 1990). Reforzando esta tesis, Lalumière y Earls (1992), han defendido las ventajas de este método, ya que permite especificar las conductas objeto de tratamiento, a la par que brinda una medida objetiva de los progresos terapéuticos. Recuérdese que el procedimiento estandard consiste en proyectar vídeos, fotografías o grabaciones sonoras de tipo erótico atingentes a niños, a los sujetos, tomándose consecuentemente medidas pletismográficas (vbgr., el aumento de la circunferencia del pene). Según la evidencia disponible, el material filmado es más estimulante que las fotografías o las grabaciones sonoras. Hay evidencia también que, en adultos, los agresores sexuales responden con una mayor activación a imágenes con violencia sexual implícita (v., Avery-Clark, 1984). También existe una relación positiva entre activación sexual pedofílica y sujetos que han abusado de niños (activación y experiencia directa) (Freund & Blanchard, 1989).

Esta tesis de la activación sexual peidófila ha sido criticada a causa de su reduccionismo, pues resulta difícilmente comprensible que la conducta se explique fundamentalmente por una activación sexual aumentada. Puede darse el caso de que el abuso sexual infantil se deba a otras causas, como la manifestación de poder o la búsqueda de afecto. Además, hay informes clínicos que muestran que los agresores sexuales suelen tener déficits en activación, problemas sexuales (como dificultades o falta de respuesta eréctil), por lo que el determinante de su conducta sobrepasaría

la mera activación sexual (v., Alario Bataller, 1993a). Por lo demás, en algunos estudios se ha comunicado la activación sexual pedófila en sujetos normales (v., Barbaree y Marshall, 1989) y agresores sexuales no paidófilos también muestran excitación sexual significativa antes estímulos paidofílicos (Hall *et al.*, 1988). Tal vez suceda lo que en otros contenidos parafílicos, que pueden formar parte en cierta medida en la imaginación erótica de muchas personas, sin que se manifieste actividad sexual alguna a este respecto. Un caso demostrado es el de las fantasías de tipo homosexual que son utilizadas, en cierta medida, por un porcentaje importante de personas sin que lleguen a manifestar nunca actividad de este tipo (v., Alario Bataller, 1992). De hecho se ha constatado que, en sujetos normales, el incremento del tiempo de exposición a imágenes sexuales producía una mayor activación sexual ante estímulos inapropiados (v., Lalumière & Earls, 1992). A todo lo anterior hay que agregar que Briere y Runtz (1989) estudiaron la excitación sexual de una muestra de estudiantes universitarios ante niños. Los resultados apuntaron que del 5 al 21% (dependiendo de la variable) de los sujetos manifestaba algún grado de respuesta sexual, dependiendo el interés sexual de variables como el uso de pornografía, el número de compañeros sexuales, la aceptación de la violencia y el haber tenido o no experiencias sexuales negativas durante la infancia o la adolescencia. Asimismo Briere *et al.* (1992) hallaron que el 4,7% de los varones dijeron que probablemente mantendrían relaciones sexuales con niños si tuvieran seguridad de que, de sus actos, no se derivasen consecuencias. Había una relación importante entre la actitud favorable a la conducta paidofílica con el hecho de ser varón, el uso regular de la pornografía, el número de compañeros sexuales y la asunción de la violencia interpersonal. Lo que indican los resultados de todos estos estudios es que un número nada despreciable de hombres en nuestra cultura experimentan cierto grado de atracción sexual hacia los niños en función de diversos factores. Pero una cosa es la fantasía o la actitud y otra la conducta manifiesta.

Un problema muy importante de las medidas fisiológicas de activación penil es que pueden verse grandemente afectadas por variables extrañas, sobre todo de tipo individual. En este sentido, cabe la posibilidad, nada desdeñable, del control voluntario por parte del sujeto. La evidencia indica que la mayoría de los hombres, ofensores sexuales incluidos, pueden aumentar o disminuir voluntariamente la erección del pene. En un estudio, se informó que un 80% de una muestra de pacientes internos agresores sexuales eran capaces de inhibir completa y voluntariamente la erección en las sesiones iniciales de evaluación fisiológica (Hall *et al.*, 1988). Se han desarrollado diversas técnicas para eliminar o disminuir este efecto de control individual, con resultados no definitivos (v., Cantón & Cortés, 1997).

Conte (1985), ha abogado por una evaluación más amplia en los agresores sexuales que incluya activación sexual, fantasías eróticas y racionalizaciones. Según este autor, la medición de la activación fisiológica ayudaría a diferenciar entre los agresores sexuales peligrosos y los no peligrosos. También debería

determinarse la presencia de fantasías sexuales paidofílicas y, finalmente, se deberían constatar las distorsiones cognitivas más habituales en este tipo de individuos; entre ellas cabe resaltar la interpretación de la resistencia del niño como una falsa maniobra que encubre un deseo sexual real, el valor pedagógico de las relaciones adulto-niño, la creencia de que el niño oculta las relaciones debido al disfrute que obtiene de las mismas, la creencia de que la sociedad, con el tiempo, aceptará este tipo de relación, la interpretación de las preguntas infantiles sobre temas sexuales como una insinuación sexual y que las solas caricias genitales a un niño no constituyen realmente un acto sexual. Añadir que, pese a todo lo dicho, estas teorías no explican el origen del comportamiento paidofílico, sino que se centran en la determinación de los comportamientos variopintos (normales o desviados) que puede presentar los autores de abusos sexuales.

Como vemos, muchos de los informes sobre una posible etiología orgánica (cromosómica y hormonal) no son concluyentes y, en ocasiones, hasta anecdóticos. Lo fundamental de esta propuesta estriba en que estas anomalías somáticas producirían una activación sexual generalizada, aunque no explicarían en absoluto el interés sexual específico por los niños. Una situación similar se produjo en el pasado en relación con la homosexualidad, en el sentido de que, respondiendo a la creencia de un déficit androgénico, se prescribió tratamiento hormonal a base de testosterona, observándose que si bien se intensificaba el deseo sexual, seguía dirigido hacia individuos del mismo sexo; o sea, se continuaba siendo homosexual pero con mayor apetencia (Alario Bataller, 1992). Aquí los determinantes psicosociales tendrán un peso importante en cuando moduladores y canalizadores del interés y conducta sexuales.

1.2.2. La teoría del aprendizaje

Los partidarios de la teoría del aprendizaje destacan el valor determinante de la experiencia en el origen y mantenimiento de la conducta sexual. En este sentido, la paidofilia como hábito de relación sexual podría constituir el resultado de un proceso de *condicionamiento primitivo*, cuyo resultado no se extinguió con las experiencias sexuales posteriores más gratificantes (v., Farré Martí, 1991). A través de la historia clínica de estos pacientes se descubre que en la infancia y en la adolescencia realizaron juegos sexuales, lo cual no es infrecuente en la población general; sin embargo, la nota diferencial sería que, en edad adulta, las experiencias sexuales normativas no les provocan tanta gratificación sexual como las conductas primitivas. Además, la repetición de fantasías masturbatorias de carácter paidofílico reforzarían este hábito, responsabilizándose, en parte, del mantenimiento de este problema a través del tiempo, en la línea propuesta hace años por McGuire *et al.* (1965) y defendida más recientemente por algún autor (Alario Bataller, 1993b). En suma, en el proceso mismo del condicionamiento prístino (las primeras experiencias sexuales, antes, durante e inmediatamente después de la pubertad), que suele

realizarse con otros niños, el refuerzo dimanante de la excitación y del orgasmo se asociaría con rasgos físicos de los niños (como la carencia de vello púbico); ulteriormente, como hemos dicho, la masturbación, que asociaría excitación y orgasmo con signos paidofílicos, consolidaría el aprendizaje. En clínica se ha observado en más de una ocasión que este aprendizaje puede darse sin que se hayan mantenido contactos sexuales tempranos (el caso clínico que presentaremos en la segunda parte de este artículo es un ejemplo de ello). Sin embargo, pese a ser interesante, esta hipótesis no ha sido completamente demostrada.

A lo anterior cabe añadir que la activación sexual, además del condicionamiento directo o del masturbatorio, también puede reforzarse con procesos cognitivos, como las atribuciones. En este sentido, podríamos decir que, lo que diferenciaría a un paidófilo de una persona sin este problema, consistiría que la excitación sexual evocada en ambos por estímulos infantiles (en distinta medida), es interpretada por el paidófilo, en comparación con otras formas de satisfacción sexual, como la más importante, si no la única, en el terreno sexual atribuyendo, a la vez, intencionalidad sexual seductora en las palabras y en la conducta del niño. Por lo demás, también suele observarse un fracaso a la hora de mantener contactos sexuales adultos, con un déficit añadido en las relaciones emocionales, todo ello motivado por su falta de habilidades sociales y otros problemas de ansiedad que pueden hallarse presentes.

Por otra parte, la falta de control del paidófilo sobre sus impulsos o la desinhibición de su conducta puede explicarse según los esquemas del condicionamiento operante y del aprendizaje vicario. Así, los contactos sexuales durante la adolescencia son fuertemente reforzados por la excitación y el orgasmo, toda vez que las consecuencias punitivas, como la cárcel, son poco frecuentes a causa de la escasa diferencia de edad que suele existir en la gran mayoría de los casos. Cuando el paidófilo llega a la edad adulta y su hábito se encuentra fuertemente consolidado (a causa de masturbaciones reiteradas y contactos directos), éste puede pesar más que el posible castigo social. Además, el hecho de que muchos paidófilos fueron objeto de abusos sexuales en su infancia, habla en favor de la hipótesis de aprendizaje observacional y, de esta suerte, mediante el modelado, el sujeto aprendería que las relaciones sexuales entre un adulto y un niño serían adecuadas. Como en el caso anterior, pese a su interés virtual, estas hipótesis no han sido corroboradas de manera concluyente.

2. ILUSTRACION DE LA APLICACION DE LA TERAPIA CONDUCTUAL A UN TRASTORNO PAIDOFILICO

2.1. INTRODUCCIÓN

La modalidad de intervención que usualmente se aplica, desde el paradigma conductual-cognitivo, al tratamiento de las parafilias suele ser múltiple, por cuanto incluye un conjunto de técnicas, cuyo efecto se ha comprobado experimentalmente en los aspectos que en estos problemas suelen interesar, es decir, la eliminación de

conductas problemáticas y la instauración de patrones conductuales adaptativos. En este sentido, hablando a partir de la experiencia clínica personal, la estrategia de intervención que empleamos suele incluir terapia aversiva, control de estímulos, acondicionamiento orgásmico y exposición, atendiendo siempre al tema principal de la personalización de la intervención terapéutica. De esta estrategia combinada se han derivado usualmente resultados muy positivos, en casos como la homosexualidad, el exhibicionismo, la zoofilia o la paidofilia que contemplamos en estas páginas (v., Alario Bataller, 1991, 1993b, 1993c, 1995). Si bien la investigación en grupos podrá esclarecer muchas cuestiones hoy no resueltas de manera definitiva, la aplicación de diseños de caso único, también de carácter experimental recordémoslo, en una buena cantidad de individuos diferentes con un mismo diagnóstico, sirve para indicar, con fundamento, la utilidad de las técnicas utilizadas. Muchas veces, sin embargo, el tipo de diseño utilizado no permite especificar el peso de cada componente en el resultado final conseguido.

En primer lugar, desarrollaremos cuestiones referentes al fundamento del programa de intervención utilizado, dilucidando las técnicas empleadas y, finalmente, presentaremos el modo en que aquél fue puesto en práctica en el tratamiento de un caso de paidofilia.

2.2. LA TERAPIA CONDUCTUAL-COGNITIVA EN EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LAS PARAFILIAS

Cuando el clínico aplica un programa de intervención conductual en las parafilias -y no solamente en ellas (v., Alario Bataller, 1991, 1993b, 1993c, 1995, para casos de homosexualidad) debe pretender alcanzar cuatro objetivos concretos (Barlow & Abel, 1976; Santacreu, 1988, Alario Bataller, 1991, 1993b, 1995):

1. Disminución de la excitación sexual inadecuada.
2. Aumento de la excitación sexual apropiada.
3. Entrenamiento para la creación y mejora de las habilidades sociales requeridas para la relación adulta con una persona del otro sexo.
4. Adecuación del rol hombre-mujer, en el caso de que haya necesidad de eliminar conductas feminoides extrañas al género, como puede darse, en algún caso, en la homosexualidad egodistónica.

En relación con el punto tercero, pero sobrepasándolo por su mayor complejidad, además de la instauración de estas habilidades sociales, debe revertirse ciertos trastornos psicopatológicos que pueden presentarse vinculados de manera significativa con ciertos problemas parafilicos. Trastornos de personalidad, afectivos, inadecuación sexual, ineptitud social y ansiedad diversa pueden encontrarse relacionados con la conducta pedofílica, a modo de un fondo psicopatológico severo que merece necesariamente tratamiento.

Hace ya bastante tiempo que desde la modificación de conducta se insistió en la insuficiencia de una estrategia terapéutica tendente únicamente a la eliminación

de la excitación sexual desviada, instándose a la utilización de técnicas encaminadas al desarrollo de conductas sexuales adaptadas al marco social de referencia (Ullman & Krasner, 1975). Como indicamos anteriormente, en algunos casos estos objetivos no serían suficientes, pues debería procederse al entrenamiento en habilidades sociales necesarias para poder llevar a cabo satisfactoriamente una relación sexual adulta. La importancia de este último objetivo terapéutico ha sido señalada, más recientemente, por distintos autores (Alario Bataller, 1991, 1993b; Carrobbles & Santacreu, 1987; Boudreau & Granger, 1977). Por ello la terapia de las parafilias ha de ser necesariamente de carácter multimodal, es decir, caracterizada por múltiples niveles de intervención y la aplicación de una tecnología plural encaminada a objetivos diferentes, convergentes todos ellos en la instauración de un patrón de conducta sexual adaptativo. En el Cuadro 1 se presentan las técnicas terapéuticas al uso (una explicación en detalle de las mismas puede encontrarse en Alario Bataller (1991).

Cuadro 1.

Tratamiento de las desviaciones sexuales (modificado de Carrobbles, 1987)

AREAS DE INTERVENCION

1. Reducción de la excitación sexual no deseada:
 - 1.1. Técnicas aversivas:
 - 1.1.1. Aversión química y olfativa.
 - 1.1.2. Aversión eléctrica.
 - 1.1.3. Aversión por vergüenza.
 - 1.2. Sensibilización encubierta.
 - 1.3. Biofeedback pletismográfico del pene.
2. Incremento de la excitación sexual socialmente adecuada:
 - 2.1. Alivio de la aversión.
 - 2.2. Desensibilización sistemática:
 - 2.2.1. En vivo.
 - 2.2.2. Imaginada.
 - 2.2.3. Mecanizada (diapositivas, vídeos, etc).
 - 2.3. Terapia de exposición:
 - 2.3.1. En vivo.
 - 2.3.2. Imaginada.
 - 2.3.3. Mecanizada.
 - 2.4. Masturbación programada.
 - 2.5. Condicionamiento clásico.
 - 2.6. Sombreado.
 - 2.7. Biofeedback pletismográfico del pene.
3. Entrenamiento en habilidades sociales (para el contacto heterosexual y la identificación con los géneros masculino-femenino):
 - 3.1. Instrucciones.
 - 3.2. Modelado.
 - 3.3. Desempeño de papeles.
 - 3.4. Moldeado.

Cuando el clínico se dispone a aplicar una estrategia terapéutica encaminada a modificar la orientación del comportamiento sexual, resulta indispensable la determinación de factores de mal pronóstico que, como tales, impedirán que se alcancen los objetivos terapéuticos. En la homosexualidad han sido especificados una serie de tales factores de mal *prognosis*, entre los que cabe destacar la falta de experiencias heterosexuales pasadas y presentes (en la paidofilia nos referiríamos a relaciones con adultos, claro está), la edad (a más edad más consolidado se encuentra el hábito maladaptativo), las presiones externas (es decir, escasa motivación personal por el tratamiento), la presencia de una depresión o la falta de habilidades sociales para mantener relaciones adultas con personas del otro sexo (Alario Bataller, 1993b). En general, estos factores también se relacionarían con un mal pronóstico en la terapia de la paidofilia.

Por otra parte, no son muchos los modelos de intervención propuestos para el tratamiento de las parafilias, siendo el de Bancroft (v., Bancroft, 1974) posiblemente el más clásico y el primero que tuvo una fundamentación adecuada, en lo relativo a sus bases clínicas y experimentales. En el Cuadro 2 aparece un resumen del mismo. Más recientemente se ha propuesto otro modelo, centrado en la reorientación de la conducta homosexual, de naturaleza más ecléctica (v., Musé, 1993). El programa terapéutico postulado por nosotros se explica con mayor detalle en el epígrafe siguiente. En principio se pensó para el homosexualismo, si bien es extensible a otras formas de conducta sexual.

Cuadro 2.

El plan global de tratamiento de John Bancroft (1974)

1. Fase de contacto inicial:
 - 1.1. Definir claramente las metas individuales, es decir, especificar lo que el sujeto desea conseguir con el tratamiento.
 - 1.2. Llegar a un consenso terapeuta-paciente sobre las finalidades del tratamiento.
2. Fase de tratamiento: primera parte:

Acabar de identificar las actitudes principales del paciente y analizar su conducta, además de planear, con el mayor detalle posible, las metas terapéuticas a alcanzar.
3. Fase de tratamiento: el resto del mismo:
 - 3.1. Establecimiento de objetivos graduales de modificación comportamental (pequeños pasos).
 - 3.2. Examen de las dificultades que se oponen a la consecución de las metas graduadas del programa de intervención terapéutica y, consecuentemente, tomar las decisiones pertinentes y llegar a la mejor solución posible.
 - 3.3. Modificación de las actividades y de las conductas con ellas relacionadas que se produzcan a lo largo del tratamiento.
 - 3.4. Interrupción del tratamiento o modificación de las metas programadas en caso de que no se presenten pronto signos evidentes de progreso (recuérdese, a este respecto, que no es lo mismo la significación estadística que la real eliminación clínica de problemas psicopatológicos).

2.2.1. Programa de intervención propiamente dicho

El programa de intervención propuesto para el tratamiento de la paidofilia estaba constituido por una serie de técnicas terapéuticas concretas, que fueron aplicadas por su potencial reductor de la excitación sexual inadecuada y por su utilidad para incrementar una respuesta sexual normativa, tal como se ilustra en el esquema siguiente:

1. Técnicas reductoras de la conducta problema:
 - 1.1. Control de estímulos
 - 1.2. Sensibilización encubierta
 - 1.3. Sensibilización por vergüenza
2. Técnicas incrementadoras de la conducta normativa:
 - 2.1. Masturbación programada.
 - 2.2. Exposición.

En un sentido amplio, el acercamiento terapéutico consistente en evitar los estímulos sexuales infantiles y exponer a los sujetos a las mismas situaciones sin permitirles realizar actividad sexual ninguna, puede considerarse dentro del modelo del *control de estímulos*. Esta técnica de autocontrol se emplea a fin de eliminar la aparición de estímulos sexuales inapropiados en la vida diaria del sujeto. Esencialmente consiste en impedir o cercenar con la presencia de estímulos evocadores de comportamientos sexuales inadecuados evitando o interrumpiendo la presencia de los mismo, introduciendo a la vez conductas alternativas y, mejor aún, incompatibles con la estimulación sexual problemática: desviar la mirada, cambiar de ruta, cambiar de pensamiento, realizar tareas distractoras, entre otras, son algunas de las conductas a realizar para llevar a cabo la técnica del control de estímulos. En un sentido más estricto, el control de estímulos consiste en el control de material pornográfico o fotográfico sexualmente excitante y la evitación de situaciones o circuitos de riesgo (si los hubiere, donde el sujeto va porque hay niños que excitan sus apetencias), amén de romper las relaciones, cuando las haya, con sujetos con las mismas tendencias. A medida que la terapia progresa, se procede a una atenuación paulatina del control de estímulos, impidiendo cualquier respuesta sexual manifiesta o encubierta. Es lo que en otro contexto y problemática (juego patológico) ha sido denominado la creación de la *isla desierta* y el retorno de la misma (v., Fernández-Montalvo & Echeburúa, 1997). Resulta obvio que si no hay situaciones desencadenantes, la conducta problema no aparecerá, pero debe ser controlada después en las situaciones reales donde previamente aparecía.

Como en el caso del control de estímulos, se utilizaron otras técnicas tendentes a reducir al máximo la excitación sexual desviada. En este sentido, la *aversión por vergüenza* ha sido desarrollada principalmente por Wikramasekera (1976) y Serber (1972) y parte del supuesto de que las emociones como la vergüenza, el ridículo y la humillación son naturalmente aversivas para las personas y cuando se las asocia con estímulos sexuales inadecuados, estos estímulos dejarán de ser, con el tiempo,

sexualmente excitantes. La aversión por vergüenza se ha utilizado principalmente en el tratamiento de exhibicionistas altamente motivados, al descubrirse que resultaba más aversiva para los sujetos que el clásico choque eléctrico (Wikramasekera, 1976). En el caso del exhibicionista, el tratamiento consistía en que el sujeto narrase sus experiencias sexuales ante varias personas, algunas de las cuales habían sufrido sus actos exhibicionistas, quienes podían verbalizar sus pensamientos y reacciones emocionales. Wikramasekera (1976) postuló que la técnica funcionaba no solamente por su carácter netamente aversivo sino que también invalidaba las fantasías del sujeto por perderse el anonimato y el secreto de la conducta, rasgos típicos en el exhibicionismo.

Otra técnica aversiva, más estudiada y conocida en consecuencia, es la *sensibilización encubierta* (Cautela, 1966, Hugues, 1977). Con abundante evidencia clínica y experimental respaldatoria, la sensibilización encubierta ha sido utilizada para el tratamiento de conductas inadecuadas, inmanentemente reforzantes, como el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción y, en lo que nos interesa, los trastornos sexuales (Barlow *et al.*, 1972; Callahan & Leitenberg, 1973; Hayes *et al.*, 1978; Alario Bataller, 1993b, 1995). El procedimiento típico de aplicación de esta técnica consiste en la presentación imaginada de estímulos aversivos consiguientes a fantasías sexuales desviadas, suponiéndose que se producirá una generalización ulterior en las situaciones de la vida diaria. El isomorfismo imaginación-realidad inherente a cualquier técnica que utilice la fantasía queda por establecerse irrefutablemente, al igual que la necesidad de la relajación muscular en la técnica estándar. Por lo demás, también se han presentado algunas matizaciones concernientes al importante tema del estímulo aversivo. Farré Martí *et al.* (1983), ciñéndose a la tesis de Kimmel, consideran preferente condicionar la respuesta neurovegetativa global de ansiedad y no el dolor (suscitado a partir de descargas eléctricas, vaya por caso). Dicha respuesta autónoma puede evaluarse mediante medidas poligráficas; además, merece señalarse que cuando avanza el tratamiento y el sujeto se enfrenta a situaciones evocadoras en vivo, la respuesta condicionada no es la ansiedad, sino más bien indiferencia.

En el contexto que estamos estudiando, la *exposición* puede coadyuvar a la aparición e intensificación de una respuesta sexual adecuada. Inicialmente las técnicas de exposición se emplearon exclusivamente en trastornos fóbicos y obsesivo-compulsivos, con un alto nivel de eficacia, pero recientemente se han empleado en el tratamiento de conductas adictivas, con resultados prometedores (Hogdson, 1991; Echeburúa *et al.*, 1994a). Con la exposición en vivo más prevención de respuesta, se produce el enfrentamiento del sujeto con su situación sexual problemática: en ella sentirá inicialmente deseos sexuales, pero aprenderá a resistir y a controlar esos deseos de manera gradual. De este modo, el sujeto aprende a desarrollar una forma más efectiva de autocontrol en situaciones anteriormente problemáticas. Esta técnica dota al sujeto de una mayor capacidad para resistir sus

impulsos sexuales, produciéndole una mayor seguridad en su capacidad de autocontrol. El sujeto, claro está, no debe realizar ninguna respuesta sexual ni manifiesta ni encubierta. Al igual que en las fobias y en el trastorno obsesivo-compulsivo, hemos observado en los casos tratados que la exposición tiende a ser larga, pudiendo sobrepasar la hora en muchas ocasiones. Además, la exposición produce buenos resultados en otro asunto a considerar en estos casos: la reducción de la ansiedad heterosexual con personas adultas, en el caso de que exista.

Otra técnica que incrementa la conducta sexual apropiada es la *masturbación programada*. Con esta técnica el sujeto ha de imaginar, a la par que se masturba, relaciones sexuales normativas, con adultos heterosexuales. Si en un principio esto no es posible, utilizará fantasías desviadas y cambiará su contenido en el momento del orgasmo. De esta forma se logrará que progresivamente la fantasía apropiada ocupe más tiempo dentro del acto masturbatorio, hasta que todo él contenga únicamente fantasías adecuadas. Con ello se consigue que la excitación sexual y el placer intenso del orgasmo se asocien a conductas sexuales (coitales y no coitales) con una mujer adulta (o con un hombre en caso que lo más apropiado sea cambiar la orientación sexual en este sentido en un paidófilo homosexual).

La técnica de la masturbación programada se encuentra inspirada en una teoría prometedora referente a la génesis de las desviaciones sexuales, la de McGuire *et al.* (1960). En síntesis se sugirió que en algún momento de la niñez o de la pubertad el sujeto ha vivido una experiencia sexual y emocionalmente intensa. Este primer acontecimiento sexual puede considerarse en la edad adulta poco relevante, pero la realidad puede ser muy otra y lo es desde el momento en que dicha experiencia va a brindar fantasías sexuales relativas en ulteriores actos masturbatorios, con lo cual se reforzará dicha fantasía como estímulo sexual. Así mismo, la fantasía utilizada podrá incluir con el tiempo otras experiencias significativas, que tuvieron lugar en el pasado o se hayan desarrollado en el presente. Si las fantasías con el tiempo llegan a ser lo suficientemente excitantes y exclusivas como determinantes de la excitación sexual, cabe la posibilidad de que, en un momento dado, puedan impulsar a la acción. Si esta conducta resulta poco normativa recibirá el calificativo de parafilica o desviada. De la teoría de McGuire *et al.* (1965) se desprende una consecuencia terapéutica importante. Teniendo presente que el objeto sexual desviado ha obtenido su valencia erótica mediante el refuerzo proporcionado por las fantasías masturbatorias, cabe inferir que un buen camino para disminuirla o reemplazarla por una conducta sexualmente más apropiada estribará en un procedimiento que asocie, esta vez, la excitación sexual con estímulos normativos. En un estudio pionero Marquis (1970) trató a catorce pacientes que se masturbaron empleando su fantasía predilecta hasta casi llegar al orgasmo, en cuyo momento utilizaban una fantasía más adaptada. Hecho esto unas cuantas veces, se sugirió que fueran utilizando cada vez una mayor tiempo esta segunda fantasía, hasta que acompañase a toda la masturbación, desde el principio hasta el orgasmo. De esta manera la

fantasía apropiada fue adquiriendo un potencial excitatorio cada vez mayor, toda vez que la fantasía inadecuada perdía su valencia erótica. En definitiva, se logró exitosamente romper el vínculo entre el estímulo sexual desviado y la excitación sexual. Esta es la técnica denominada, como hemos dicho, *recondicionamiento orgásmico, condicionamiento masturbatorio o masturbación programada*.

En otras palabras, con la utilización de la masturbación programada se espera que las imágenes heterosexuales se conviertan en inherentemente excitantes, al aumentar paralelamente la facilitación o realización de conductas sexuales socialmente proscritas en la realidad. Lo cierto es que, en la práctica, las cosas son mucho más complejas y que, las más de las veces, se ha de recurrir a una estrategia de intervención plural, cuyo conjunto de técnicas terapéuticas buscan la consecución de objetivos concretos que llevarán a la solución exitosa del caso clínico (Alario Bataller, 1991). Según parece, la masturbación programada es una técnica terapéutica prometedora, aunque se necesitan más estudios controlados para constatar su utilidad terapéutica real en los trastornos de orientación sexual (Markis, 1970; Annon, 1971; Canton-Dhatari, 1976).

2.3. ESTUDIO DE CASO

2.3.1. Método

2.3.1.1. Sujeto

Nuestro paciente, al que llamaremos Alexander, era un varón de 29 años, trabajador cualificado, que se había casado hacía 8 años y no tenía ningún hijo. Se había separado de su mujer al año de matrimonio y posteriormente divorciado. Había realizado estudios de formación profesional y trabajaba en una empresa familiar, ocupación que le agradaba y le daba lo suficiente para vivir sin problemas. En el momento del tratamiento su salud era buena, a nivel físico, si bien manifestó tener, desde siempre, un carácter depresivo, además de ciertas dificultades en las relaciones sociales (aunque no manifestaba evitación sistemática) y una parafilia, concretamente un trastorno paidofílico, que fue el motivo principal de consulta.

Afirmó haberse criado en un ambiente con muchos problemas y haber tenido, en consecuencia, una infancia desgraciada debido a un padre alcohólico, autoritario y punitivo y a una madre inhibida, a la cual siempre conoció con depresiones. Su hermano, cinco años mayor que él, fue su verdadero padre, pero se independizó en cuanto pudo, a los dieciocho años, al encontrar su primer trabajo. Al contrario que en su caso, su hermano era una persona fuerte y contestataria, que se eximió de las obligaciones e impedimentos que su padre le impuso; mientras que él siempre se sintió una nulidad, un ser débil y tímido, con muy baja autoestima, constantemente angustiado por el posible rechazo por parte de su padre y, por extensión y en cierta medida, por parte de los demás. La situación se complicó con el tiempo, llegando a sufrir depresiones recurrentes por las cuales recibió distintos tratamientos.

El padre falleció joven, a los 51 años, a causa de una hemorragia cerebral masiva, pasando él a ocuparse del negocio, una funeraria que era prácticamente dirigida por una prima suya, algo mayor que él, que hacía las funciones de secretaria. Aunque la veía como una persona fuerte y segura, lo cual le causaba ansiedad, su trato amable hizo que se interesara por ella. Dos años después de la muerte de su padre contrajeron matrimonio, pero ella acabó abandonándolo al interesarse por otro hombre. El se sintió bastante deprimido y sólo con la ayuda de su hermano consiguió mantener a flote el negocio familiar. En esta época de disforia y estrés psicosocial se produjo un notable empeoramiento de su problemática sexual.

Desde la adolescencia se había sentido atraído por niñas de 8 a 10 años, reconociendo que ello posiblemente se debiera a sus grandes dificultades para iniciar y mantener relaciones sentimentales y sexuales con mujeres adultas. Se había complacido con la masturbación regularmente, pensando en niñas que veía en su vecindario o con fotografías de moda infantil. Conservador y de creencias religiosas, esta tendencia sexual le angustiaba sobremedida, pero no podía resistirse a la masturbación ni dejar de sentirse excitado vehementemente por estímulos paidofílicos, lo que representaba una fuente constante de ansiedad y de reacciones depresivas. Hubo un tiempo en que consiguió acceder a ciertas lecturas especializadas de sexología y al enterarse de que las fantasías formaban parte de la vida sexual humana y que, en principio, no tenían porque representar nada patológico, se sintió bastante aliviado, máxime cuando aún tenía la certeza de que nunca cometería tales actos en la realidad. El recurso al matrimonio le hizo confiar en que sus fantasías se extinguirían, pero comprobó que era necesario recurrir a fantasías desviadas para obtener una erección durante las relaciones sexuales. No obstante, la ansiedad evocada en el trato sexual hizo que experimentase una disfunción eréctil, que empeoró con el tiempo. Su mujer, que mantuvo con él siempre una actitud maternal, acabó alejándose cada vez más, hasta que le abandonó por los motivos indicados. La nueva situación de soledad y el tener que enfrentarse sólo durante un tiempo con los negocios y los trámites de separación, hicieron que sus problemas de ansiedad y depresivos se agravasen, acentuándose paralelamente sus deseos paidofílicos. Ahora dudaba de su capacidad de autocontrol, se excitaba enormemente ante cualquier niña de edad comprendida entre los ocho y diez años, especialmente con alguna vecina y su propia sobrina. La constatación de este hecho le perturbó grandemente, motivándole a buscar tratamiento de manera inmediata. La terapia estuvo encaminada a la reversión tanto de los problemas depresivos y ansiosos como de la paidofilia, si bien en este trabajo nos referiremos únicamente a este último trastorno.

2.3.1.2. Procedimiento

Se empleó un diseño de replicación intrasujeto con más de un componente: A-B,C,D... (N=1). Después de la fase de evaluación, con dos semanas de duración

determinando la línea base, se aplicó la estrategia de intervención conductual pensada para el caso, con siete meses de duración para el caso de la paidofilia, con sesiones semanales de 60 minutos, además de sesiones en la realidad y práctica en el hogar. Las evaluaciones de seguimiento se efectuaron al mes, dos meses y al año de haber finalizado la terapia.

2.3.1.2.1. *Evaluación*

En principio, indicar que el trastorno manifestado por el paciente se ceñía completamente a los criterios del DSM-IV, siendo la paidofilia de tipo exclusivo y limitada a la fantasía; por lo demás, de carácter no incestuoso. En lo concerniente a la evaluación conductual se utilizaron los instrumentos siguientes:

1. Entrevista.
2. Autoinformes:
 - 2.1. Inventario autobiográfico de Cautela (1977).
 - 2.2. Inventario de personalidad de Willoughby (v., Wolpe, 1958).
 - 2.3. Inventario de miedos de Wolpe y Lang (v., Wolpe, 1958).
 - 2.4. Inventario de depresión de Beck, (versión de Conde *et al.* (1976).
 - 2.5. Listado de situaciones aversivas (v., McKay et al., 1985),
 - 2.6. Escala de autoestima (Rosenberg, 1965).
 - 2.7. Escala de inadaptación (Echeburúa y Corral, 1982).
 - 2.8. Escala de estrés y evitación social (SAD) (Watson & Friend, 1969) .

Estas medidas de autoinforme suministraron importante información complementaria. Además, para determinar las conductas problema y especificar las situaciones antecedentes y las consecuencias (análisis funcional) y trazar la línea base, se recurrió a la entrevista y a la autoobservación o autorregistro.

Desde un principio consideramos que el caso era de buen pronóstico, pese a la fuerte excitación sexual de las fantasías desviadas, debido a que el sujeto era capaz de experimentar excitación heterosexual normativa (si bien débil y decreciente), había tenido experiencias heterosexuales en el pasado, tenía menos de 35 años y mostraba una gran motivación ante el tratamiento. Aunque el paciente padecía ansiedad social moderada crónica, no mostraba un déficit severo en asertividad y se superaron satisfactoriamente sus dificultades a la hora de establecer relaciones sociales (y sexuales futuras) con mujeres adultas. A raíz de la exacerbación de la atracción paidofílica, la antigua atracción hacia las relaciones heterosexuales adultas simplemente había ido en decremento, si bien esta expectativa no creaba una especial ansiedad en el paciente ni se veía incapaz de hacerlo, dado el caso.

Con el debido aleccionamiento, Alexander anotó en un registro elaborado *ad hoc* la frecuencia de los deseos paidofílicos y de las conductas manifiestas que llevase a cabo (ni hubo en el pasado ni tuvo lugar en aquel momento). Del mismo modo, nuestro paciente tenía que anotar el lugar, el día, la hora, el tipo de actividad que estuviese realizando en ese momento y los pensamientos presentes antes, durante y después de la conducta problema. El Cuadro 3 muestra el tipo de au-

Cuadro 3. Autorregistro del deseo paidofílico		
ANTECEDENTES	RESPUESTA:DESEO	CONSECUENCIAS
Día: 11-7 Hora: 16 Actividad: paseo por la avenida, ver una niña y pensar en hacerle un cunnilingus	D (70)	Me siento muy excitado
Hora. 23 Actividad: ver anuncio TV sobre niños	D (60)	Excitación, masturbación, relajación y sentimiento de culpa, vergüenza

torregistro utilizado, con datos empíricos evocados en dos situaciones particulares.

Después de 2 semanas de autoobservación, se determinaron los valores de la línea base, que fueron éstos:

1. Nueve y diez (media= 9,5) deseos paidofílicos durante las dos semanas en que se valoró esta variable dependiente.
2. Ninguna conducta paidofílica o contacto sexual real.

Los referidos valores se ilustran en la Figura 1.

2.3.2. Intervención conductual

Con la terapia se pretendía alcanzar unos objetivos específicos: el principal objetivo señalado por el paciente consistía en eliminar la excitación desviada y lo que él denominaba «adicción» a los niños además de incrementar la conducta sexual adaptada desde el punto de vista social. De esta suerte, entre terapeuta y paciente establecieron unas metas concretas a conseguir tras el tratamiento; a saber:

1. Supresión total o reducción altamente significativa de la excitación sexual ante estímulos paidofílicos.
2. Suprimir lo que el sujeto denominaba «ansia» por acercarse a los niños y acariciarlos, con el objetivo de conseguir eliminar totalmente la atracción sexual relativa.
2. Incremento de la excitación heterosexual con personas adultas.
3. Reducción de los pensamientos intrusivos referentes a actividades sexuales inadecuadas.
4. Adquirir un nuevo estilo de vida, concretado en la adquisición de habilidades de autocontrol, enriquecimiento de la vida mediante actividades gratificantes y adquisición de habilidades personales para hacer frente a posibles dificultades. Todo ello tendente a evitar posibles recaídas en el futuro.

A fin de obtener los objetivos consignados, la terapia constó de una serie de etapas definidas, donde se aplicaron las técnicas terapéuticas pensadas para el caso.

2.3.2.1. Control de estímulos

Para la aplicación de la técnica del control de estímulos se comenzó elaborando una lista de lugares que quedaban prohibidos visitar, tales como ciertos colegios y parques; paralelamente se dieron instrucciones para realizar conductas alternativas (parada de pensamiento, distracción, evitación de situaciones, escapar de las mismas cuando sin premeditación se encontraba en las mismas (*time-out*), realización de actividades gratificantes, relajación, etc.) en ocasión de que el sujeto se encontrara con alguna situación evocadora de la conducta problemática al salir a la calle. También se eliminaron las revistas o recortes de prensa con niños que el sujeto guardaba en su casa para sus antiguas actividades masturbatorias.

2.3.2.2. Masturbación programada

Se comenzó aplicando esta técnica mediante la compra de revistas de desnudos y pornográficas en las cuales abundaban los desnudos femeninos y relaciones coitales de tipo heterosexual. A continuación se seleccionaron aquellas fotografías que resultaban más excitantes para el sujeto y también imágenes de situaciones coitales. Después ambos grupos de estímulos se jerarquizaron de menor a mayor según el grado de excitación que en Alexander provocaban las escenas o fotografías referidas. Posteriormente, ya en la propia utilización de la técnica del recondicionamiento orgásmico, nuestro paciente debía mirar las fotografías y masturbarse, intentando provocar fantasías relativas a las escenas que contemplaba, hasta conseguir eyacular. La meta final consistía en asociar en cada ocasión el orgasmo con una situación coital en la que él se viera implicado en fantasía.

Al mismo tiempo que se realizaba la práctica anterior, el sujeto comenzó a utilizar fantasías masturbatorias con mujeres potencialmente apetecibles hasta que lograra imaginarse en una relación sexual completa con las mismas, manteniendo dichas fantasías desde el inicio de la masturbación hasta el orgasmo. Con el tiempo logró sobradamente este objetivo, sin necesidad alguna de recurrir a imágenes desviadas y experimentando un buen nivel de excitación ante las imágenes heterosexuales y una atracción creciente hacia mujeres que veía por la calle. En este sentido, se le animó a salir con amigos a lugares de copas para conocer chicas y, si era el caso, intentar mantener relaciones más íntimas. Avanzada la terapia, sucedió en un par de ocasiones, manifestando Alexander que se sintió relajado en la relación y verdaderamente excitado. Al final de la última sesión de seguimiento, nuestro sujeto mantenía una relación estable, en la cual sus relaciones sexuales eran plenamente satisfactorias.

2.3.2.3. Condicionamiento encubierto y aversión por vergüenza

Anteriormente a la aplicación de la sensibilización encubierta (SE), elaboramos una lista de estímulos aversivos. Con este objetivo, Alexander confeccionó una lista de estímulos para él sumamente desagradables, repugnantes o aprensivos, toda

vez que se empleaba también la lista de estímulos aversivos que puede encontrarse en el libro de McKay *et al.* (1985). Así, los estímulos más aversivos para el sujeto fueron las aves, las cucarachas, las ratas, las serpientes, la sangre y la devaluación personal. Se introdujo posteriormente una variante de la sensibilización por vergüenza, donde el sujeto se imaginaba declarando su problema a sus familiares y amigos y recibiendo la burla, la crítica, el rechazo por parte de ellos y experimentando una profunda sensación de ridículo y vergüenza. Estas contingencias también se asociaban a situaciones imaginadas en las cuales se sorprendía al sujeto en situación de ir a cometer un acto censurable (sin llevarlo a cabo realmente).

Por otro lado, la SE consistió en presentar en imaginación escenas paidofílicas seguidas de estímulos punitivos, según el patrón clásico de 15'' - 30''. Se presentaba de 10 a 15 escenas por sesión, siendo éstas de escape y de evitación. En las escenas de escape el sujeto se imaginaba a punto de realizar una relación paidofílica (sin llegar a realizarla) en contextos excitantes para inducirse inmediatamente las emociones perturbadoras dimanantes de los estímulos punitivos, y eliminarlos cuando el sujeto escapaba del lugar sintiéndose tranquilo y relajado. Por su parte, en las escenas de evitación, el paciente se imaginaba en vías de realizar la actividad sexual inadecuada, pero se le presentaba el estímulo aversivo, momento en el cual el sujeto interrumpía la aproximación al estímulo, lo evitaba, decidía no intentarlo más y se autoreforzaba mentalmente por haberse podido controlar. Una presentación más pormenorizada de este tipo de escenas en un paciente homosexual egodistónico han sido presentadas por el autor en un trabajo anterior (Alario Bataller, 1993b). Como quedó dicho, con esta técnicas se persigue la eliminación o disminución significativa de la excitación sexual inadecuada y consolidar un comportamiento evitativo ante estímulos de naturaleza paidofílica.

Al mismo tiempo que se desarrollaba el programa arriba indicado, se llevaban a cabo tareas para el hogar y la aplicación del control encubierto en casos en que fuera menester su empleo. En este orden de cosas, el terapeuta grababa las escenas presentadas al paciente, escenas que visualizada éste en su casa siguiendo las instrucciones del clínico. Normalmente Alexander realizaba estas tareas una vez al día. Se le presentaban distintos estímulos paidofílicos así como diferentes estímulos aversivos. Además, cuando el sujeto se encontraba en la calle frente algún estímulo no anticipado, cambiaba su trayecto o su mirada y se presentaba automáticamente en imaginación los estímulos punitivos correspondientes, ejerciendo así control sobre su excitación: aplicaba, entonces, la técnica de control encubierto más la de control estimular. Para todo ello fue instruido pertinentemente por su terapeuta.

Una vez habían disminuido significativamente los pensamientos y los deseos paidofílicos, manteniendo la aplicación sistemática y diaria del paquete terapéutico diseñado para el caso, se procedió con la técnica de exposición a las situaciones evocadoras en vivo a fin de eliminar más completamente la ansiedad o las ganas de realizar actos inapropiados en situaciones naturales.

2.3.2.4. Exposición

Con la aplicación de las técnicas anteriores resulta obvio que el sujeto ha tenido ocasión de manifestar pocas conductas (ninguna) o fantasías con estímulos inapropiados porque no se le ha permitido entrar en contacto con situaciones evocadoras a no ser en el marco de la utilización de técnicas aversivas. El objetivo que se perseguía con la aplicación de la exposición con prevención de respuesta era que el sujeto llevase una vida normal, ver niños por la calle, sin desarrollar ninguna conducta relacionada con la excitación sexual -ni encubierta ni manifiesta- y, propiamente, sin sentirse atraído sexualmente por ellos. En otras palabras, el objetivo consistía en que Alexander pudiese ver niños en la realidad sin experimentar deseos de mantener relaciones sexuales con ellos. En este sentido, el paciente informó sentirse mucho menos excitado frente a los estímulos problemáticos, si bien experimentaba ocasionalmente la presencia de un ansia que le preocupaba respecto a acercarse a los niños, y acariciarlos y que, aunque lo considerase ahora como un «residuo» controlable, le agradaría dominar totalmente. Según dijo este fenómeno era para él como una especie de dependencia, de adicción, como un fenómeno «parásito» que, en ciertos momentos, temía que le sobrepasase.

Con el objetivo arriba indicado, se mantuvo el plan de tratamiento que se confeccionó para el caso, pero ahora el sujeto debía exponerse a situaciones especialmente diseñadas hasta que la ansiedad o el deseo sexual desapareciese completamente o de manera significativa. Para ello, además de no escapar de la situación evocadora (niños en parque, a la salida del colegio, por la calle, en la playa, etc) debía prevenir cualquier respuesta problemática que provocase excitación sexual (acercarse casi hasta el contacto, tocarse, masturbarse, fantasear, etc), para lo cual practicaba respiración profunda, relajación aplicada, presentación de algún estímulo punitivo y autoinstrucciones, pero implicándose emocional y físicamente en la situación. Las primeras sesiones de exposición las realizó con un coterapeuta (su hermano) y posteriormente sólo.

Siguiendo el plan establecido, Alexander y su hermano acudían a lugares antes frecuentados donde había niños y en los que anteriormente se excitaba (por ejemplo, manipulando el pene a través del bolsillo del pantalón). Debía exponerse a diario, a fin de que el programa de tratamiento tuviese éxito. Una vez en el lugar, no dejaría de mirar a los estímulos correspondientes, concentrándose en todas las sensaciones y emociones que experimentase, en sus pensamientos, en sus deseos sexuales. A continuación debía intentar controlar la ansiedad y los deseos que experimentase mediante las técnicas explicadas. Debía concentrarse en la tarea e implicarse en lo que estaba haciendo. Normalmente, al contrario que otros casos tratados por nosotros, permanecía en la situación menos de una hora, en ocasiones un poco más. Solamente cuando se sentía tranquilo y sin deseos sexuales podía abandonar la situación. El paciente llevaba un registro donde apuntaba diversos datos relevantes para esta etapa del tratamiento, como fecha, tarea a realizar. Lugar, compañía,

tiempo, ansiedad y deseo iniciales y finales (0-100: nada-nivel máximo), pensamientos y observaciones. Una vez superadas todas las situaciones de exposición en vivo, acompañado, se repetía el mismo proceso permaneciendo ahora el coterapeuta a cierta distancia, hasta que se lograra la eliminación completa de la incomodidad y del deseo existentes; posteriormente sería el sujeto, completamente solo, quien afrontara las situaciones desencadenantes, tomando siempre los datos pertinentes en su autorregistro. Hay que decir, que con más bien niveles leves (20-0, 15-0, 0-0 “USAs” durante la primera exposición y menos en las siguientes) al principio y nulos al final de cada subfase, Alexander superó totalmente la jerarquía de exposición en situaciones reales, a la vez que mantenía constante la aplicación de las otras técnicas integrantes de nuestro programa de intervención terapéutico. El próximo paso consistía en la prevención de recaídas, que es capítulo de gran importancia en el tratamiento de los problemas humanos, paidofílicos en este caso.

Cuando el paciente se sentía incómodo entre exposiciones, aplicaba el control encubierto para eliminar la excitación desviada, realizando actividades agradables, tanto en casa como en la calle, a fin de alcanzar un estado de relajación y eliminar cualquier tensión residual (leer, jugar al tenis, jugar en el ordenador, etc).

2.3.2.5. Programa de prevención de recaídas

Con el tratamiento no solamente se pretendía que el sujeto superara su parafilia (especificada en los criterios de cambio conductual determinados anteriormente), sino que los resultados se mantuviesen a lo largo del tiempo. Para ello se pergeñó un programa terapéutico, un programa de prevención de recaídas en efecto, que tenía por objetivo el arriba indicado. El programa de prevención de recaídas constaba de los siguientes componentes terapéuticos:

1. Identificación de situaciones de riesgo y aplicación de estrategias de afrontamiento.
2. Aplicación de actividades reforzantes alternativas.
3. Reestructuración cognitiva.
4. Aprendizaje de habilidades de afrontamiento.

En relación al primer punto señalado *supra* para prevenir una recaída es menester que, antes que nada, el paciente identifique las situaciones específicas de alto riesgo que, por definición, serán aquellas que precipiten la recaída por aumentar la probabilidad de la misma. Solamente en la medida en que el sujeto determine las situaciones peligrosas va a ser capaz de enfrentarse con eficacia a ellas. Adecuando algunos ítems a la problemática concreta que se estaba tratando, utilizamos el *Inventario de Situaciones Precipitantes de la Recaída y Estrategias de Afrontamiento de en Juego Patológico* (Echeburúa *et al.*, 1996), con lo cual el paciente tomó conciencia de las circunstancias de riesgo, además de especificar las estrategias más eficaces para hacerles frente y superarlas. En relación con ello, dos fueron las situaciones de alto riesgo que se determinaron. La primera consistía en el recuerdo

de los momentos en que el paciente se excitaba con estímulos desviados; en este caso la estrategia de afrontamiento consistió en pensar en las consecuencias negativas de su anterior conducta, realizar actividades gratificantes, aplicar la sensibilización encubierta, ver a un amigo y participar en una charla interesante o distractora y jugar una partida de billar con el hermano. La segunda situación peligrosa era cuando se sentía aburrido o triste, ante lo cual debía vencer la inercia, combatir los pensamientos negativos, jugar al ordenador, jugar al billar con el hermano o leer una buena novela.

Independientemente del tipo de adicción, que es la patología que actualmente puede servir como marco de referencia para trabajar en la solución de recaídas y que nosotros, guiándonos por el buen juicio aunque un tanto libremente utilizamos en la resolución de la presente parafilia, se han detectado tres situaciones de alto riesgo: 1) estados emocionales negativos, 2) conflictos interpersonales y 3) presión social (Echeburúa & Corral, 1986; Fernández-Montaklvo & Echeburúa, 1997; Marlatt & Gordon, 1985). En este caso estaba presente solamente el primer factor. En consecuencia, a partir del análisis funcional, se enseñaron a Alexander las habilidades apropiadas para hacer frente a esta circunstancia, mediante su identificación primera y ulterior enfrentamiento de manera adecuada.

La programación de actividades reforzantes alternativas resulta importante para prevenir las recaídas. Constatamos que el paciente había dedicado una parte importante de su tiempo libre a satisfacer su tendencia sexual y había dejado de realizar actividades con las que, con anterioridad, había disfrutado considerablemente, como jugar al billar, conversar con conocidos, jugar al ordenador, etc. Por este motivo, hubo que enseñarle a ocupar su tiempo nuevamente en actividades agradables, tanto aquellas que lo habían sido en el pasado como otras que le resultasen atractivas y gratificantes. De esta manera, con la planificación y puesta en práctica del programa de actividades gratificantes, se pretendía que el sujeto volviese a tener una vida cotidiana satisfactoria, con la cual contrarrestar el potencial excitante que otrora tuvieron sus actividades sexuales desadaptativas. En suma, las actividades planificadas fueron de dos clases; por un lado, unas las desarrollaría dentro de casa (como estudiar, leer, jugar con el ordenador, etc) y, por otro lado, fuera del hogar se llevarían a cabo otro tipo de actividades (como hacer deporte, jugar al billar, tomar una copa con los amigos, etc.). Ambas actividades quedaban registradas por el sujeto a diario en el autorregistro correspondiente. Debe ponerse énfasis en el hecho de que estas actividades debía especialmente realizarlas Alexander en momentos donde se propiciase el aburrimiento, en tiempo de ocio, en situaciones de riesgo o en aquellos momentos en que recordase de forma positiva su antigua tendencia sexual.

En el tratamiento aplicado la reestructuración cognitiva estaba encaminada a combatir determinadas ideas irracionales y pensamientos negativos que podían interferir en la terapia o propulsar una recaída, antes que eliminar el ansia de

implicarse en sus antiguas actividades sexuales.

Alexander no hipervaloraba el potencial excitatorio de los estímulos paidófilos, más bien lo vivía con angustia y de manera egodistónica, aunque el deseo era vehemente y se limitase toda actividad a la fantasía. Empero, sí poseía sesgos cognitivos concretos relacionados con su parafilia (vbgr., quitar importancia al asunto debido a hallarse limitado a la fantasía, posibilidad de superar el problema por sí mismo, posible remisión espontánea del trastorno, etc.), que interferían claramente en la motivación hacia el tratamiento. Tras la detección de estos sesgos, se procedió a discutirlos racionalmente a fin de eliminarlos y sustituirlos por otros más positivos y realistas. Paralelamente a todo ello, pervivían determinadas creencias irracionales (vbgr., «*mi caso no tiene solución*», «*soy un perturbado*», «*acabaré en la cárcel de todas formas, por lo que no vale la pena luchar*», etc.) que se elicitan a partir de estados emocionales negativos y que conducen a una expectativas de baja autoeficacia e incrementan la probabilidad de una recaída. Asimismo, mediante reestructuración cognitiva se cambiaron las expectativas de nuestro paciente sobre las consecuencias de su problema. Con ello se informó claramente sobre los efectos reales de su parafilia. Resulta necesaria esta modificación puesto que algunos sujetos mantienen expectativas sesgadas que arrancan del recuerdo selectivo de experiencias positivas del pasado (no de las experiencias negativas), acerca de los efectos a corto plazo e inmediatos de la conducta parafilica (excitación instantánea y mantenida mediante el orgasmo y el deleite en los estímulos, junto a una falsa creencia de controlabilidad de su tendencia). La presentación de las consecuencias negativas asociadas a su conducta resulta importante, puesto que la expectativa de reforzamiento puede ser igual o más poderosa que el reforzamiento real. En este sentido, se sabe que la combinación de expectativas positivas, en las conductas adictivas por ejemplo, con el estrés evocado en una situación de alto riesgo es el factor de mayor riesgo para una recaída (Echeburúa, 1994; Hodgson, 1993).

También se enseñó a nuestro paciente habilidades específicas de afrontamiento, concretamente técnicas de autocontrol y de solución de problemas, tendentes a resolver posibles problemas personales e interpersonales con lo cual se reduciría la probabilidad de una recaída.

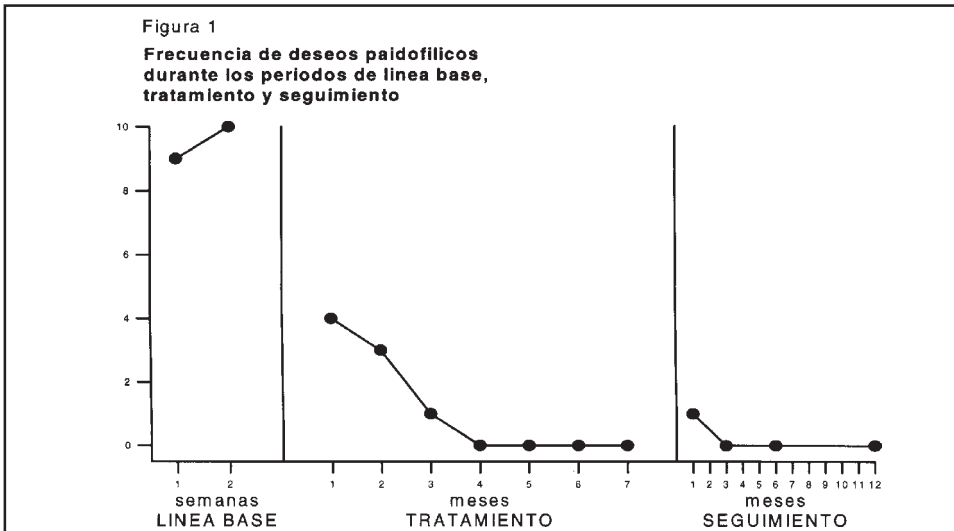
En el marco del autocontrol, Alexander aprendió a aplicar la técnica del *tiempo-fuera* (escapar de una situación tentadora) y de distracción cognitiva (pensar en otra cosa, mirar escaparates, buscar la compañía de su hermano, etc.) a fin de controlar los deseos enérgicos de volver a excitarse con estímulos inadecuados. De hecho no hubo necesidad de aplicar técnicas conductuales o cognitivas ante cualquier incumplimiento o fallo del sujeto en el programa de tratamiento. En estos casos, debe interpretarse el comportamiento como una *caída* y no como una *recaída*, en cuyo caso el sujeto suele desmoronarse debido al sentimiento de fracaso e incapacidad de control, mediados por pensamientos negativos, que pueden

generar un malestar tal que determine la precipitación de una recaída total.

Las técnicas de solución de problemas se utilizaron precisamente para resolver dificultades en la vida habitual del sujeto, como las salidas con los amigos o las relaciones con las chicas. Se programaron toda una serie de actividades a este respecto que, de paso, le servían en el tratamiento de la ansiedad social, comentada previamente.

2.3.3. Resultados

Con la aplicación del tratamiento, sin incidencias especiales que destacar, el sujeto informó de una gran indiferencia hacia los estímulos que tanto le domeñaran anteriormente. En la Figura 1 se muestran los resultados conseguidos con la intervención, donde se valoró el decremento de la excitación sexual inadaptada (concretada en pensamientos e imágenes de contenido sexual manifiesto asociados a la activación sexual). Como puede verse, durante las dos semanas en que se determinó la línea base, Alexander manifestó 10 y 9 deseos sexuales, que disminuyeron de manera notable a lo largo de los siete meses de terapia, controlándose completamente al final de la misma y en los respectivos controles de seguimiento. Efectivamente, cuando se realizaron dichos controles, durante las entrevistas nuestro paciente corroboró el mantenimiento de los logros conseguidos y su reciente relación sentimental con una mujer, con la cual disfrutaba de relaciones sexuales satisfactorias desde el primer momento.



En la Figura 2 se muestra el decremento de la excitación sexual desviada, a partir de la línea base y finalizando en el último seguimiento, tal como informó el propio sujeto; por otra parte, en la Figura 3 se ilustra el decremento del tiempo

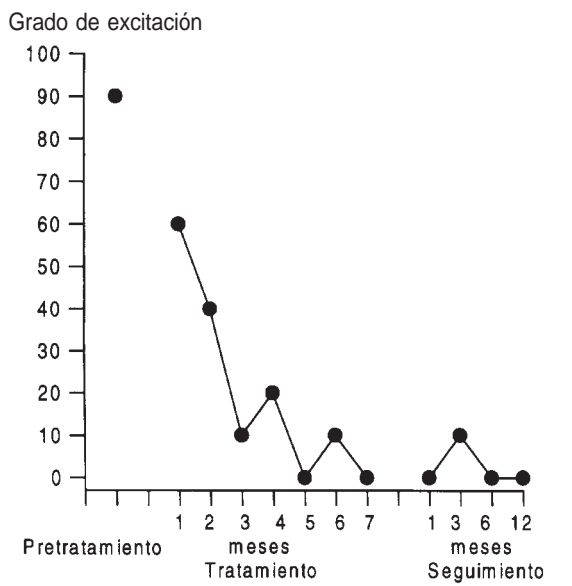
dedicado a la masturbación con fantasías inadecuadas en idéntico contexto que la gráfica anterior.

Debe reseñarse que con el tratamiento prescrito se intensificó satisfactoriamente la excitación heterosexual socialmente normativa, a la par que el tratamiento de la ansiedad social iba encaminado a la supresión de la ansiedad social evocada en situaciones de relación heterosexual, no solamente en el sentido sexual sino en su sentido interpersonal, más amplio. El encontrar una pareja estable y el mantener consiguientemente relaciones sexuales satisfactorias tuvo un efecto directo y

muy destacable en el aumento del interés por personas adultas del sexo contrario.

Figura 2

Disminución del grado de excitación inadecuado en el tratamiento y en el seguimiento, tal como fue informada por el paciente.



2.3.4. Discusión

No ha sido abundante la literatura especializada relativa a la paidofilia desde el estudio, ya clásico, de Barlow *et al.* (1969), muy posiblemente debido a la escasa atención que, por motivos diversos, recibe este tipo de trastorno.

Según la evidencia mostrada en estas páginas, la estrategia de intervención diseñada para el presente caso clínico condujo a la obtención de los resultados que se establecieron en un principio, los cuales se mantuvieron durante un tiempo razonablemente largo, donde se efectuaron los controles de seguimiento correspondientes. Evaluaciones futuras nos indicarán si dichos objetivos permanecen incólumes o si se ha producido algún cambio significativo, tanto en sentido positivo como en el negativo.

Debe hacerse mención también que la conducta sexual problemática era de tipo encubierto, lo que, presumiblemente, hace el caso de mejor pronóstico, dado que la práctica en situaciones reales es un reforzador intenso. No obstante, no deben desdeñarse las expectativas respecto a su potencial de reforzamiento. Lo anterior nada resta, en cambio, a la gravedad del caso clínico, dado que la excitación sexual parafílica puede ser problemática, por vehemente y por sus consecuencias, aunque se halle limitada al mundo de la imaginación. También constituyen factores de buen

pronóstico la motivación alta del sujeto, el haber tenido relaciones sexuales adultas en el pasado, su juventud, la inexistencia de un trastorno afectivo importante, los recursos personales, el apoyo familiar y la posibilidad de mantener una nueva relación adulta de carácter heterosexual.

Actualmente resulta impensable la aplicación de una técnica singular para la reversión de un problema complejo, siendo lo habitual la aplicación de programas multimodales (v., Alario Bataller, 1991, 1993b). Por otro lado, la existencia de problemas asociados, como una fobia social (de grado modera-

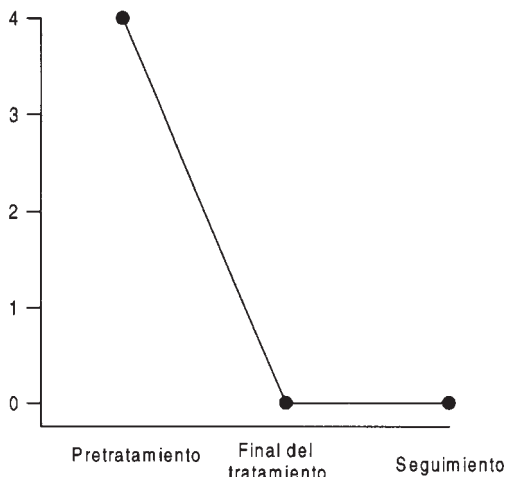
do) suelen dificultar el tratamiento, lo cual en nada obsta para la buena solución del caso: habrá de implementarse el programa terapéutico oportuno para la resolución de cuantos problemas tenga el sujeto.

Además, desearíamos resaltar la novedad de incluir la terapia de exposición en un caso con este diagnóstico, lo cual no es habitual en los escritos especializados y que tuvo por objetivo eliminar la ansiedad que el sujeto experimentaba ante la proximidad de estímulos parafilicos. Clínicamente su inclusión nos pareció relevante, si bien el peso real de esta técnica en el tratamiento de las parafilias habrá de determinarse con investigaciones controladas, más adecuadas metodológicamente que el estudio que el lector tiene en sus manos. En el mismo, cuestión a añadir y considerar, el diseño empleado no permite en modo alguno discernir el peso diferencial que tuvieron en el resultado final las diversas técnicas empleadas o si aquél se debió al efecto de un posible factor común a todas ellas, del mismo modo que tampoco permite determinar la inoperancia de alguna técnica utilizada, si es que existiera. Estas son también cuestiones a investigar y esperamos al futuro, por si aparece alguna investigación que nos ofrezca datos sólidos al respecto.

Figura 3

Disminución del tiempo dedicado a la masturbación con fantasías desviadas a lo largo del tratamiento

Promedio de horas diarias



En este artículo revisamos la paidofilia, sus posibles causas, las investigaciones sobre personalidad que correlacionan con algunas de las conductas paidofílicas y la terapia de tipo biológico y cognitivo-conductual. El presente trabajo presenta la intervención conductual en un paciente paidofílico. La terapia incluía control de estímulos, recondicionamiento orgásmico, sensibilización encubierta, exposición y terapia cognitiva. Presentamos los resultados que muestran una buena mejora al final del tratamiento y en los controles de seguimiento, realizados al mes, a los 3 meses, a los seis meses y al año, en los cuales se mantenían los objetivos conseguidos con el tratamiento.

Palabras clave: *Parafilias, paidofilia, abuso sexual infantil, personalidad, terapia conductual-cognitiva, terapia aversiva, exposición.*

Referencias bibliográficas:

- ALARIO BATALLER, S. (1991). *Análisis y modificación de conducta de la homosexualidad*. Valencia: Promolibro.
- ALARIO BATALLER, S. (1992). *Aproximaciones teóricas en la investigación de la homosexualidad*. Valencia: Promolibro.
- ALARIO BATALLER, S. (1993a). *Intervención psicológica en víctimas de violación*. Valencia: Promolibro.
- ALARIO BATALLER, S. (1993b). *Homosexualidad: Aplicación clínica de la evaluación y terapia de conducta en las homosexualidades egodistónica y egosintónica*. Valencia: Promolibro.
- ALARIO BATALLER, S. (1993c). *Estudio de casos en terapia del comportamiento*. Valencia: Promolibro.
- ALARIO BATALLER, S. (1995). *Estudio de casos en sexología*. Valencia: Promolibro.
- ALARIO BATALLER, S. (1996). *Muerte y neurosis*. Valencia: Promolibro.
- ALUJA, A. *et al.* (1989). *Testosterone and personality in males: A study in incarcerated subjects*. Poster presentado en la IV ISSID Conference, Heidelberg.
- ALUJA, A. & FARRE MARTI, J.M. (1989). *Parafilias. Violencia sexual. Tercer Curso de Sexología Clínica*. Barcelona: Institut Dexeus.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*. Washington, D.C.
- ANNON, J.S. (1971). The extension of learning principles to the analysis and treatment of sexual problems. *Dissertation Abstracts International*, 23, 6 (B), 3.627.
- ARRUABARRENA, M.I. & DE PAUL, J. (1996). *Maltrato a los niños en la familia*. Madrid: Pirámide.
- AVERY-CLARK, C.A & LAWS, D.R. (1984). Differential erection response patterns of sexual child abuses to stimuli describing activities with children. *Behavior Therapy*, 15, 71-83.
- BAITZMAN, R. & ZUKERMAN, M. (1980). Desinhibitory sensation seeking, personality and gonadal hormones. *Personality and Individual Differences*, 1, 103-110.
- BANCROFT, J.H.J. (1974). *Deviant Sexual Behavior*, New York, Oxford University Press.
- BARBAREE, H.E. & MARSHALL, W.L. (1989). Erectile responses among child molesters, father-daughter incest offenders and matched non-offenders. *Canadian Journal of Behavioral Sciences*, 21, 70-83.
- BARLOW, D.H. & ABEL, G.G. (1976). Recent development in the assesment and treatment of sexual deviations. In W.E. Graighead *et al.* (Eds.), *Behavior modification: Principles, issues and applications*. Boston: Houghton Miffling.
- BARLOW, D.H. & ABEL, G.G. *et al.* (1972). The contribution of therapeutic instruction to covert sensitization. *Behavior Research and Therapy*, 10, 411-415.
- BARLOW, D.H. & ABEL, G.G. *et al.* (1969). The experimental control of sexual deviation through the manipulation of the noxious scene in covert sensitization. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 596-601.
- BOUDREAU, L. & GRANGER, I. (1987). Problemas de orientación sexual. En R. Ladoceur *et al.* (Eds.), *Principios y aplicaciones de la terapia de conducta*. Madrid: Debate.

- BRIERE, J. & RUNTZ (1989). University males sexual interest in children: Predicting potential indices of pedophilia in a nonforensic sample. *Child Abuse and Neglect*, 13, 65-75.
- BRIERE, J. & RUNTZ *et al.* (1992). Attitudes toward sexual abuse; Sex differences and construct validity. *Journal of Research and Personality*, 26, 398-406.
- CANTON, J. & CORTES, M.R. (1997). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo XXI.
- CANTON-DHATARI, A. (1976). Combines intervention for controlling unwanted homosexual behavior: Part 2. *Archives of Sexual Behavior*, 25, » 116-132.
- CALLAHAN, E.J. & LEITENBERG, H. (1973). Aversion therapy for sexual deviation: Contingent shock and covert sensitization. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 60-73.
- CARROBLES, J.A.I. (1987). Variaciones y ofensas sexuales. En J.A.I. Carrobles (Ed.), *Análisis y Modificación de Conducta 2*. Madrid: UNED.
- CARROBLES, J.A.I. & SANTACREU (1987). Tratamiento conductual de las variaciones y ofensas sexuales. En J.A.I. Carrobles (Ed.), *Análisis y Modificación de Conducta 2*. Madrid: UNED.
- CAUTELA, J.R. (1966). Treatment of compulsive behavior by covert sensitization. *Psychological Record*, 16, 33-41.
- CONDE LOPEZ V. *et al.* (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 140, 468-497.
- CONTE, J. (1985). The effects of sexual abuse on children: A critique and suggestions for future research. *Victimology: An International Journal*, 10, 110-130.
- COOPER, A.J. (1987). Medroxioprogesterone acetate (MPA) treatment of sexual acting out in men suffering from dementia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 9, 368-370.
- DE VILLENA, L.A. (1992). *El libro de las perversiones*. Barcelona: Planeta.
- ECHEBURUA, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- ECHEBURUA, E. & CORRAL, P. (1986). Predicción de la recaída en las conductas adictivas: estrategias de intervención. *Drogalcohol*, 11, 16-24.
- ECHEBURUA, E. & CORRAL, P. (1987a) : *Escala de inadaptación*. Manuscrito no publicado.
- ECHEBURUA, E., & CORRAL, P. *et al.* (1994a). Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 617-643.
- ELLIOT, M. *et al.* (1995). Child sexual abuse prevention: What offenders tell us. *Child Abuse and Neglect*, 19, 579-594.
- EYSENCK, H.J. (1976). *Sex and personality*. London: Open Books.
- EYSENCK, H.J. & WILSON, G. (1979). *The psychology of sex*. London: Dent & Sons.
- FARRE MARTI, J.M. *et al.* (1983). Abordaje actual de la cuestión homosexual. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 10, 139-160.
- FARRE MARTI, J.M. (1991). Parafilias: Psicopatología y tratamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 17, 28-41.
- FARRE MARTI, J.M. *et al.* (1983). Abordaje actual de la cuestión homosexual. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 10, 28-41.
- FERNANDEZ-MONTALVO, J. & ECHEBURUA, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico*. Madrid: Pirámide.
- FINKELHOR, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: The Free Press.
- FREUND, K. & BLANCHARD, R. (1989). Phallometric diagnosis of pedophilia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 100-105.
- GLASGOW, D. *et al.* (1994). Evidence, incidence, gender and age in sexual abuse of children perpetrated by children. Towards a developmental analysis of child sexual abuse. *Child Abuse Review*, 3, 196-210.
- GLASSER, M. (1990). Paedofilia. In R. Buglass & P. Bowden (Eds.), *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. Churchill Livingstone: Longman Group.
- GROTH, N.A. *et al.* (1982). The child molester: Clinical observations. En J. Conte & D. Shore (Eds.), *Social work and child sexual abuse*. New York: Haworth.
- HALL, G.C.N. (1989). WAIS-Rs and MMPIs of men who have sexually assaulted children: Evidence and limited utility. *Journal of Personality Assessment*, 53, 404-412.
- HALL, G.C.N. (1990). Prediction of sexual aggression. *Clinical Psychology Review*, 10, 229-245.
- HALL, G.C.N. *et al.* (1988). Validity of physiological measures of pedophilic sexual arousal in sexual offender population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 118-122.

- HAYES, S.C. *et al.* (1978). The use of self-administered covert sensitization in the treatment of exhibitionism and sadism. *Behavior Therapy*, 9, 283-89.
- HOGDSON, R.J. (1991). Substance misuse. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 80-87.
- HOGDSON, R.J. (1993). Exposición a estímulos y prevención de recaídas. En M. Casas & M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Citrán.
- HOWELLS, K. (1981). Adult sexual interest in children: Considerations relevant to theories of etiology. En M. Cook & K. Howells (Eds.), *Adult sexual interest in children*. New York: Academic Press.
- HUGUES, R.C. (1977). Treatment of exhibitionism by covert sensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 177-179.
- KELLY, R.J. & LUSK, R. (1992). Theories of pedophilia. En *The sexual abuse of children: Theory and research*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- KNIGHT, R.A. *et al.* (1985). Clasificación de sexual offenders: Perspectives, methods and validation. En R.A. Knight (ed.), *Rape and sexual assault*. New York: Garland Publishing.
- KOLODNY, R.C. *et al.* (1979). *Textbook of Sexual Medicine*. Boston: Little Brown.
- LALUMIERE, M.L. & EARLS, C.H. (1992). Voluntary control of penile responses as a function of stimulus duration and instructions. *Behavioral Assessment*, 14, 121-132.
- LANYON, R.L. (1986). Theory and treatment in child molestation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 2, 176-182.
- LOPEZ, F. *et al.* (1995). Los abusos sexuales de menores: Concepto, prevalencia y efectos. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 77-98.
- MARKIS, J.N. (1970). Orgasmic reconditioning changing sexual object choice through controllably masturbatory fantasies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 263-271.
- MARLATT, G.A. & GORDON, J.R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford Press.
- McKAY, M. *et al.* (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- MUSE, M. (1993). *Manual didàctic per al tractament de disfuncions sexual*. Girona: Mensana Publications.
- MARKS, I.M. (1981). *Cure and care of neurosis*. New York: John Wiley & Sons.
- McGUIRE, R. *et al.* (1965). Sexual deviations as conditioned behaviors. *Behavior Research and Therapy*, 2, 185-190.
- McKAY, M. *et al.* (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- MOHR, J.W. *et al.* (1964). *Pedophilia and Exhibitionism*. Toronto: University of Toronto Press.
- MONEY, J. (1986). Lovemaps, proceptive imaginery and paraphilia: Male heterosexual development and its pathology. *VI Curso de Andrología, Fundación Puigvert, Actas*, 149-159.
- ROSENBERG, A. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton.
- SANTACREU, J. (1988). Tratamiento de un caso de homosexualidad con entrenamiento en habilidades sociales. En D. Macia & F.X. Méndez (Eds.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- SERBER, M. (1970). Shame aversion therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 213-215.
- STOLLER, R.J. (1977). Sexual Deviations. In F. Beach (Ed.), *Human Sexuality in Four Perspectives*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- TOLLISON, C.D. & ADAMS, H.E. (1979). *Love and Attraction: An International Conference*. London: Pergamon Press.
- ULLMAN, L.P. & KRASNER, L. (1975). *A psychological approach to abnormal behavior*. New York: Prentice Hall.
- WATSON, D. & FRIEND, R. (1969). Measurement of Social. Evaluative Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-447.
- WIKRAMASEKERA, I. (1976). A technique for controlling a certain type of exhibitionism. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 9, 207-210.
- WIKRAMASEKERA (1968). The application of learning theory to the treatment of a case of sexual exhibitionism. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 9, 207-210.
- WIKRAMASEKERA (1972). A technique for controlling a certain type of sexual exhibitionism. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 10, 217-229.
- WIKRAMASEKERA (1976). Aversive behavior rehearsal for sexual exhibitionism. *Behavior Therapy*, 7, 167-176.
- WOLPE, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
APARTADO DE CORREOS 90.097
08080 BARCELONA
Tel.: (93) 321 7532**

Gestión y Administración:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS, S.L.)
c./ Francesc Tàrrrega, 32-34
08027 BARCELONA
Tel.: (93) 408 0464
Fax: (93) 352 4337**