

TERAPIA DE CONDUCTA Y PROBLEMAS SEXUALES: APROXIMACION HISTORICA Y TENDENCIAS ACTUALES (I)

Enrique Dalmases Castellote

INTRODUCCION

EL desarrollo histórico de la terapia sexual tiene mucho que ver con la propia historia de la modificación de conducta, que es una de las orientaciones teóricas que más ha contribuido a configurar esta disciplina —una de las más sólidas— de la Psicología Clínica. En efecto, en el tratamiento de los problemas sexuales se han alcanzado elevadas cotas de éxito-eficacia, que en conjunto y descartada la patología orgánica se llegan a cifrar en el 75-80% de los casos que solicitan ayuda especializada (Hawton, 1985; Masters, Johnson y Kolodny, 1987), muy por encima de los valores constatados para otras alteraciones conductuales y/o emocionales.

Es algo generalmente aceptado que lo que en la actualidad se entiende como terapia sexual tiene su origen en la obra de Masters y Johnson, y que con esa expresión se hace referencia a un conjunto de procedimientos y técnicas altamente estructurados y estandarizados para el tratamiento de las disfunciones sexuales. Si a partir de esta definición se analizan algunos de los principales programas de tratamiento actualmente disponibles, se caerá en la cuenta de que

éstos tienen más elementos en común que discordantes y que esos puntos de convergencia —que más adelante serán desarrollados— guardan relación con principios basados en la psicología del aprendizaje, hecho éste suficientemente reconocido por notables investigadores y terapeutas sexuales de otras orientaciones teóricas distintas de la conductual. Ello justifica que se pueda definir la TERAPIA SEXUAL como una forma de terapia fundamentalmente de tipo psicológico, basada en la psicología científica actual de raíces cognitivo-conductuales (Carrolles y Sanz, 1991).

Aunque esta definición, propuesta desde la perspectiva conductual, puede parecer en exceso «parcial», la realidad es bien distinta y por encima de las posiciones radicales (e intransigentes) de algunos terapeutas de conducta, existe un general reconocimiento de las valiosas aportaciones de otros enfoques teóricos (Lo Piccolo y Hogan, 1979).

También, a nivel de introducción, es necesario clarificar qué se entiende con un término tan amplio y ciertamente ambiguo como el de «problemas sexuales». Generalmente bajo esa expresión se han englobado dos grandes categorías:

- Los trastornos o alteraciones que tienen que ver con la relación-interacción sexual, que conforman el heterogéneo grupo de las disfunciones sexuales.

- Los trastornos que tienen que ver con la orientación sexual, tradicionalmente denominados perversiones, desviaciones o incluso aberraciones sexuales. En la actualidad, y sobre todo desde la aparición del DSM-III (A.P.A., 1980), se suele recurrir al término, más neutro y menos peyorativo, de «parafilias».

En términos más estrictos de terapia de conducta y siguiendo el clásico esquema clasificatorio propuesto por Kanfer y Saslow (1969), se prefiere hablar respectivamente de «déficits» y «excesos» conductuales (términos aún más neutros y además operativos), que implica interpretar la conducta sexual como una modalidad más de conducta que se rige por los mismos principios y reglas, y por tanto admite el mismo sistema de categorización (cuadro 1).

La distinción de estos dos grandes grupos, déficits/excesos sexuales o disfunciones/parafilias, es importante, no sólo porque suelen implicar «intervenciones» distintas, sino también porque esos métodos de tratamiento tienen orígenes en parte diferentes y hasta fechas recientes han seguido un desarrollo histórico relativamente independiente.

De cara a facilitar la comprensión de lo que sigue se presenta el cuadro II, que posibilita una visión global y sintética del desarrollo histórico de la terapia de conducta aplicada a la problemática sexual, y en concreto a las disfunciones sexuales que constituyen el objeto de esta primera presentación.

1. LOS ORIGENES (1950-1970): LA OBRA DE MASTERS Y JOHNSON, Y DE WOLPE

En el tratamiento de las disfunciones sexuales son punto obligado de referencia Williams

CUADRO I

SISTEMA DE CATEGORIZACION DE LOS TRASTORNOS SEXUALES DE KANFER Y SASLOW (1969)

1.ª Categoría: ADECUACIONES CONDUCTUALES

Incluye todo el repertorio de conductas sexuales no problemáticas del individuo.

2.ª Categoría: EXCESOS CONDUCTUALES

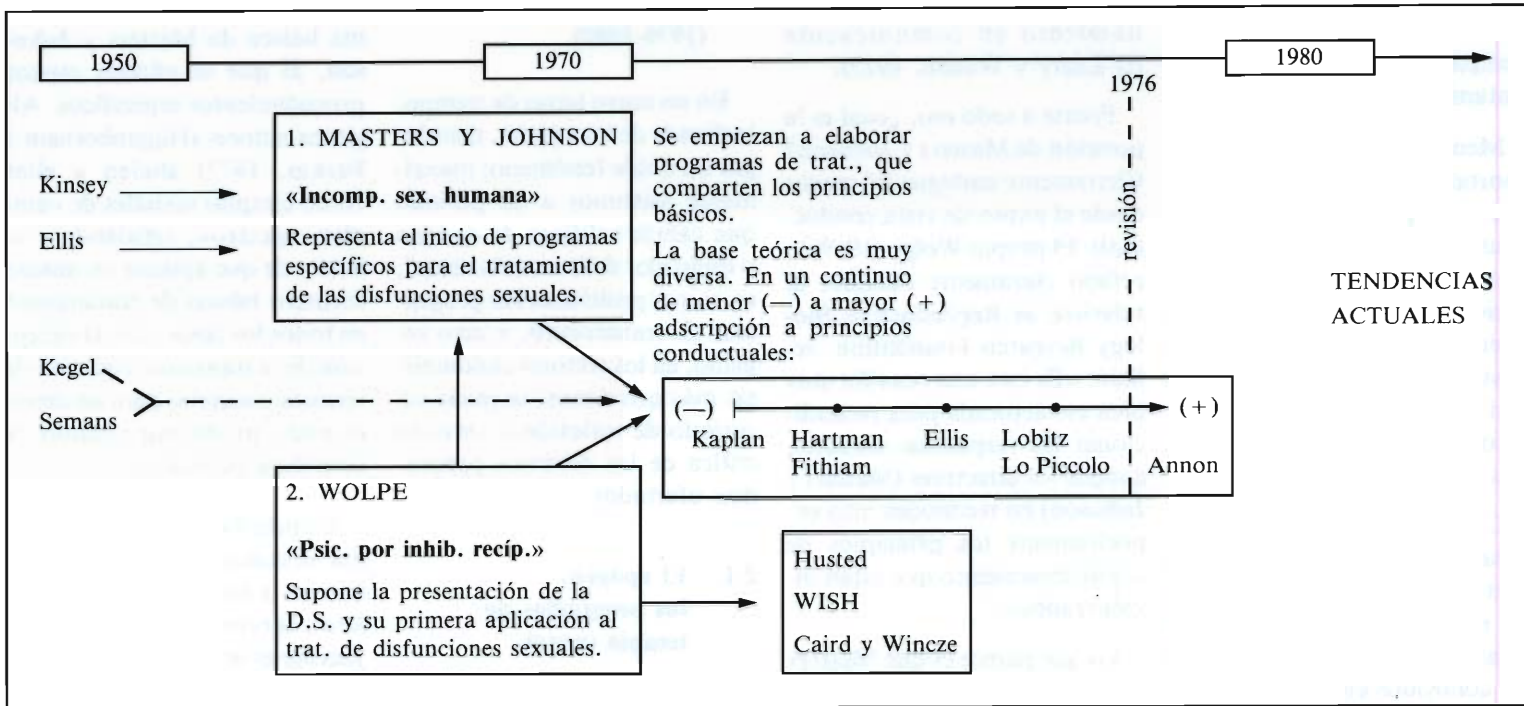
Se incluyen las conductas consideradas problema por exceso en:

- a) La frecuencia.
- b) La intensidad.
- c) La duración.
- d) Su ocurrencia en situaciones no aprobadas socialmente.

3.ª Categoría: DEFICITS CONDUCTUALES

Se incluyen aquellas conductas consideradas problema por defecto en ocurrir:

- a) Con la suficiente frecuencia.
- b) Con una adecuada intensidad.
- c) En la forma apropiada.
- d) En situaciones y condiciones sociales esperadas.



H. Masters (médico especialista en ginecología), Virginia E. Johnson (psicóloga) y un año —1970— que ve la publicación de una obra que marca el comienzo de una nueva era en terapia sexual: *Incompatibilidad sexual humana*. En ella, Masters y Johnson presentan sus rápidos y «revolucionarios» procedimientos de terapia, hecho que históricamente representa el inicio formal de los programas estructurados para el tratamiento de las disfunciones sexuales. Esta obra era en realidad la segunda entrega de un proceso iniciado 16 años antes, en 1954, y que obtuvo su primer fruto en 1966 con la publicación de *Respuesta sexual humana*. Si esta obra constituye el primer estudio científico y riguroso, centrado en los aspectos anatómico-fisiológicos, sobre la sexualidad, aquella representa la aplicación clínica (la vertiente psicológica) que se deriva de esa investigación. En palabras del propio Masters: «Empleamos el laboratorio como trampolín, con la intención de desarrollar una terapia clínica eficaz... y de reunir datos científicos para reemplazar la mitología (1970)».¹

Con anterioridad a 1970 el tratamiento de las disfunciones

sexuales era por lo general individual y seguía un esquema de psicoterapia clásico-tradicional. Aunque se trataban problemas sexuales (en mucho tiempo y con eficacia escasamente contrastada) no existía realmente una «terapia sexual», disciplina que toma cuerpo a partir de las investigaciones de Masters y Johnson.

Lo esencial e innovador de su aportación se puede resumir en cinco puntos: 1. El objeto del tratamiento siempre es la pareja, la relación convivencial, en tanto que cada miembro influye y es influido por el otro; 2. De igual modo, la terapia es llevada a cabo por una pareja de terapeutas, lo que favorece la comunicación y aumenta la objetividad en el análisis; 3. La valoración del problema requiere una integración de lo fisiológico y lo psicosocial; 4. El programa terapéutico es rápido e intensivo; y finalmente 5. La terapia se desarrolla a través de una serie de fases (terapia escalonada).

Naturalmente la obra de esta pareja genial no nace del vacío, sino propiciada por diversos factores. Dejando a un lado los de índole social o sociológica (de enorme trascendencia pero que superan los fines de este artículo)

lo) y centrándonos en las aportaciones de otros autores próximos a una orientación científico-conductual, cabría citar aquí a Kinsey y cols. (1948, 1953) que con sus conocidos y polémicos informes sobre la sexualidad masculina y femenina contribuyeron notablemente a fomentar un cambio de actitud respecto al sexo y que como alguien ha señalado (Gagnon, 1975) fue posiblemente el autor que más influyó los intereses de investigación en los años 50 y 60. A promover este cambio de actitud también contribuyó, entre otros, Albert Ellis, que en 1958 publicó un libro cuyo título es suficientemente ilustrativo: *Sex without Guilt (Sexo sin culpa)*, seguido dos años más tarde de otro no menos sugerente y clarificador: *Arte y técnica del amor*.

Esta revisión de antecedentes quedaría sin embargo incompleta sin la mención de Joseph Wolpe, primer exponente de la terapia de conducta aplicada a los problemas de interacción sexual. En 1958 (doce años antes de que Masters y Johnson ofrecieran su programa de tratamiento), Wolpe publicó su célebrima *Psicoterapia por inhibición recíproca*, resumen de nueve años de trabajo e in-

vestigación, donde expone el paradigma experimental del mismo nombre y que supone la presentación en sociedad de «la técnica» por excelencia de la terapia conductual, la desensibilización sistemática (D. S.), así como su primera aplicación al tratamiento de las disfunciones sexuales (en concreto a dos casos de impotencia). En el período comprendido entre 1958 y 1970 fueron varios los autores que hicieron uso de la recién inventada técnica, fundamentalmente en su modalidad de imaginación, para tratar (con éxito y en un tiempo sorprendentemente corto) disfunciones sexuales tanto masculinas como femeninas; tal es el caso de Lazarus (1963, 1965), Cooper (1965), Brady (1966), Madsen y Ullman (1967) y Kraft y Al Issa (1967), además por supuesto del propio Wolpe, que en 1966 y en colaboración con Lazarus publicó *Behavior Therapy Techniques: A Guide to the Treatment of Neuroses*, obra que estructura definitivamente la nueva aproximación terapéutica conductual. En ella los autores describen ya, entre otras cosas, el método de Semans (1956) para el tratamiento de la eyaculación precoz, procedimientos no exigentes de coito y programas de desensibiliza-

ción real, así como también llaman la atención sobre la importancia de la participación del compañero/a en el proceso de tratamiento.

Mención especial merece la aportación de Haslam (1965), que fue el primero en introducir el uso de «dilatadores», dentro de un programa de desensibilización «in vivo», para el tratamiento del vaginismo; algo que posteriormente será asimilado, casi sin excepción, por todos los sexoterapeutas, incluidos Masters y Johnson.

Como se desprende de lo señalado, uno de los elementos centrales de la intervención ideada por Masters y Johnson, la terapia escalonada (que incluye los conocidos ejercicios de «focalización sensorial»), no se puede interpretar al margen de la terapia de acercamiento gradual iniciada por Wolpe, que ha llegado a ser calificada por algún autor (Lehrman, 1970) de «capital» para los trabajos de aquéllos.

Una última cuestión, no menos importante y bastante controvertida, tiene que ver con la orientación teórica de Masters y Johnson, y su adscripción o no al movimiento conductista. Desde el primer momento (Hunt, 1967) ha existido una tendencia bastante generalizada a reivindicar, desde el modelo conductual, la aportación de Masters y Johnson (Bartolomé y cols., 1977; Marks, 1981). Incluso se ha llegado a «reformular» su sistema en términos estrictamente conductuales (Murphy y Mikulas, 1974). En algunos casos sin embargo se reconoce claramente que no son terapeutas de conducta (Higginbotham y Farkas, 1977) o que sus técnicas no han sido generadas bajo unos supuestos conductuales explícitos (Carrasco, Llavona y Carrasco, 1984). Lo que nunca se pone en tela de juicio es que los aspectos básicos de su programa de tratamiento se fundamentan en principios de aprendizaje, algunos de los cuales han sido perfectamente detallados: procedi-

mientos de extinción, modelado, reforzamiento recíproco y entrenamiento en comunicación (O'Leary y Wilson, 1975).

Frente a todo eso, ¿cuál es la posición de Masters y Johnson? Ciertamente ambigua (al menos desde el punto de vista conductual). El propio Wolpe (1969) lo reflejó claramente cuando, al referirse al Reproductive Biology Research Foundation, señaló: «Es ésta una ocasión muy bien estructurada para recondicionar las respuestas sexuales, aunque los directores (Masters y Johnson) no reconocen muy explícitamente los principios de condicionamiento que están involucrados».²

Lo que parece es que Masters y Johnson, tal vez fieles a sus orígenes «biologicistas» y de laboratorio, han procurado siempre mantener una cierta independencia, algo así como una «neutralidad teórica» frente a las diversas escuelas psicológicas. Recientemente, aunque reconocen la gran semejanza de sus métodos con las técnicas conductistas, siguen remarcando también la existencia de algunas diferencias de enfoque, prácticas y teóricas (Masters, Johnson y Kolodny, 1985); no especifican, sin embargo, cuáles son esas diferencias.

2. EL APOGEO Y LA REFLEXION (1970-1980)

En un corto lapso de tiempo, la década de los setenta, tiene lugar un doble fenómeno; inicialmente asistimos a un período que cabría calificar de apogeo o esplendor de la terapia sexual, en el que proliferan los programas de tratamiento; y acto seguido, en los sectores conductistas más ortodoxos, se inicia un período de reflexión y revisión crítica de los distintos programas ofertados.

2.1. El apogeo: los programas de terapia sexual

En un primer momento la aparición de *Incompatibilidad sexual humana*, con el elevado porcentaje de éxitos reseñado por Masters y Johnson, provocó una ola de gran entusiasmo y una verdadera eclosión de terapias sexuales. En el transcurso de los cinco años siguientes aparecerán distintos programas de tratamiento, entre los que se pueden citar, como más representativos, los de Lo Piccolo y Lobitz (1972), Hartman y Fithiam (1973), Kaplan (1974) y Ellis (1975). En todos ellos (con la excepción del propuesto por

Ellis que presenta ciertas peculiaridades) se mantiene el esquema básico de Masters y Johnson, al que se añaden ciertos procedimientos específicos. Algunos autores (Higginbotham y Farkas, 1977) aluden a ellos como terapias sexuales de «amplio espectro», refiriéndose al hecho de que aplican un mismo formato básico de tratamiento en todos los casos, con la excepción de la supresión o adición de técnicas concretas para un determinado problema cuando se considera necesario.

Lo más llamativo es que, aunque se comparten los principios básicos y las técnicas son similares, la orientación teórica subyacente es muy diversa y en consecuencia está más o menos alejada del paradigma conductual (véase cuadro II). Ello pone de relieve que (al menos en el ámbito de la terapia sexual) no es un mito la posible integración de distintos enfoques o modelos psicológicos. Actualmente, en líneas generales, se admite que una gran proporción de las disfunciones sexuales —y desde luego las que más se ven en la práctica clínica— no obedecen a problemas subyacentes de personalidad sino al miedo y a la ansiedad aprendida en las relaciones sexuales, idea ésta defen-



dida incluso por algunos autores de formación psicodinámica (Kaplan, 1974).

Sólo un breve comentario de los dos primeros programas, los más alejados de la conceptualización teórica conductual.

La psiquiatra Helen S. Kaplan, de orientación psicoanalítica, es la creadora del otro gran programa «por excelencia» para el tratamiento de las disfunciones sexuales, conocido como *La nueva terapia sexual* (título de su primer libro). Aunque la «novedad» es relativa y no afecta a la totalidad de su sistema, sí se incluyen en él algunos elementos originales, alternativos a los sugeridos por Masters y Johnson: un solo terapeuta (frente al equipo de coterapia de Masters y Johnson); tratamiento de la eyaculación precoz mediante el procedimiento de parada y arranque ideado por el urólogo Semans en 1956 (frente a la técnica de compresión), y empleo selectivo de los ejercicios de focalización sensorial (no como pauta general válida para todos los casos según el esquema de Masters y Johnson).

Por su parte, Hartman y Fithiam añaden al programa de Masters y Johnson una amplia y «variopinta» gama de procedimientos, algunos de difícil integración teórica: aplicación de tests de personalidad (técnicas proyectivas y cuestionarios), ejercicios de imagen corporal frente a un espejo para disipar los temores y complejos sobre la propia desnudez, empleo de la hipnosis para relajar a pacientes ansiosos y sugerirles pautas de futura excitación, y algunos más. Pero tal vez lo más conocido (por lo polémico) de su programa de tratamiento son sus procedimientos de evaluación, que incluyen la observación directa de la actividad sexual de los pacientes y los denominados exámenes sexológicos, en los que cada terapeuta estimula directamente los genitales del cliente del sexo opuesto con el fin de evaluar su nivel de responsividad sexual.

Frente a eso, el programa de Lo Piccolo y Lobitz se caracteriza por una mayor homogeneidad en sus procedimientos, con predominio de técnicas conductuales inspiradas en el modelo del aprendizaje social. Sus principales innovaciones se pueden resumir en las siguientes:

- Utilización de procedimientos de *masturbación*, a nivel específico para el tratamiento de la anorgasmia, y a nivel general para fomentar/condicionar la excitación en el seno de la pareja.
- Empleo «sistemático» de *hojas de registro*, fundamentalmente para valorar el nivel de excitación y placer que se deriva de los ejercicios o tareas encomendadas,³ y de *contratos* para asegurar la realización de las tareas en cuestión.
- Enseñanza de *habilidades sexuales interpersonales* (a través de modelado y role-playing) para actividades diversas, tales como iniciar un contacto sexual, comunicar deseos, negarse a una relación, etcétera.
- *Ejercicios para «desinhibir» la sexualidad* en las mujeres, a través también de role-playing (por ejemplo, mediante la representación de un orgasmo muy intenso).

El tratamiento de la anorgasmia mediante masturbación (sin duda, la aportación más relevante de estos autores) es secuencializado en nueve pasos, el primero de los cuales incluye entre otras cosas el llamado entrenamiento muscular vaginal, programa desarrollado inicialmente por un ginecólogo, Kegel (1952), con la intención de ayudar a las mujeres que tenían dificultades para retener la orina. Sin embargo, la práctica regular de esos ejercicios, orientados a fortalecer el músculo pubocóccigeo, se demostró también eficaz para desarrollar una mayor sensibilidad vaginal e incluso una mayor capacidad para experimentar el orgasmo; con esa finalidad es incorporado por Hartman y Fithiam.

El caso de Ellis es algo distinto. No se trata tanto de elaborar un nuevo programa, como de integrar las técnicas ya existentes (principalmente de Masters y Johnson) dentro de un método más amplio de terapia: La Racional-Emotiva (R.E.T.). Para él, en estrecha relación con su teoría, en la génesis de muchas disfunciones se encuentran ideas irracionales que son las responsables de las conductas inadecuadas y emociones displacenteras. El abordaje terapéutico se realiza a este triple nivel (cognitivo, conductual y emocional) e incluye, como un apartado más, los procedimientos conductuales de terapia sexual.

El denominador común de estos programas sigue siendo el acercamiento gradual a aquellas situaciones o actividades sexuales que implican mayor dificultad o generan más ansiedad al sujeto, por lo que la influencia de Wolpe es manifiesta. Sin embargo, como señalan Carrobbles y Sanz (1991) no se pueden identificar sin más, porque si bien es cierto que consiguen reducir esa ansiedad en base a la exposición gradual, también lo es que simultáneamente entrenan al sujeto en habilidades sexuales específicas que contribuyen, no sólo a superar la ansiedad, sino a mejorar su capacidad general para relacionarse sexualmente.

En una línea más estrictamente wolpiana, y en este mismo período, cabe destacar las aportaciones de Husted (1975), Wish (1975) y sobre todo de Caird y Wincze (1977); en sus programas de tratamiento, aunque también se suele incluir el entrenamiento en algunas habilidades específicas, el lugar central lo sigue ostentando la D.S. (en sus distintas modalidades), que se evidencia como la técnica «de elección» en aquellos casos en los que la ansiedad, y no la falta de repertorio-habilidad conductual, es la principal responsable del déficit sexual; esto es más probable que ocurra en los casos de disfunción erectiva, vaginismo y dispareunia (Mira, 1987) a los que habría que añadir las

fobias o aversiones sexuales. Es interesante hacer notar que algunos terapeutas, como Fabbri (1976) y Fuchs y cols. (1975), recurren a la hipnosis para facilitar el curso de la desensibilización.

2.2. La revisión: el modelo integrado de Annon

Como parte de un proceso natural de desarrollo, la rápida y masiva aparición de programas de terapia sexual llevó aparejada la necesidad de una profunda revisión; ésta debía abarcar tanto los *aspectos técnicos*, para intentar determinar la eficacia relativa de los distintos componentes y formatos terapéuticos en los programas de «amplio espectro», como los de carácter *teórico-metodológico*; de especial importancia estos últimos, pues algunos autores advertían ya del peligro que corría la terapia sexual de convertirse en una especie de «cajón de sastre», en una amalgama de técnicas (en su mayor parte conductuales), pero desconectadas de su soporte teórico (Franks y Wilson, 1974; Higginbotham y Farkas, 1977).

Lo primero —que es un trabajo de investigación sobre la terapia— se empieza a desarrollar mayoritariamente en la segunda mitad de la década, y es evidentemente un proceso inacabado. Los estudios realizados demuestran, entre otras, cosas como las que siguen: la mayor eficacia y menor costo (en diversos problemas sexuales) de técnicas como la D.S. o el entrenamiento asertivo frente a los programas globales tipo Masters-Johnson (Obler, 1975); que el equipo de coterapia no parece ser más efectivo que un solo terapeuta (Mathews y cols., 1976; Crowe y col., 1980); que las sesiones de terapia espaciadas (que permiten la realización de las tareas asignadas) son por lo menos tan efectivas como las más frecuentes o intensivas (Schmidt, 1979); la primacía de los programas de masturbación dirigida en el tratamiento de la anorgasmia primaria (Riley y Riley, 1978),

etcétera. Estudios más recientes sugieren también que los ejercicios de Kegel, por sí solos, no llevan aparejada una mayor capacidad orgásmica en mujeres disfuncionales (Chambless y cols., 1984), aunque sí parecen facilitar la consecución de un mayor nivel de excitación en las mujeres funcionales (Messé y Geer, 1985).

Todo ello contribuye en parte a clarificar y «depurar» el panorama terapéutico, en la medida que se empieza a disponer de un arsenal de técnicas cuya eficacia ha sido contrastada experimentalmente. Eso, como se verá, condiciona (o debería hacerlo) el modo de proceder actual en sexoterapia conductual.

Por otra parte, la necesidad de una revisión teórico-metodológica se imponía en función del riesgo implícito en los programas de amplio espectro: esto es, el perder de vista la formulación de un tratamiento individualizado, «adaptado» a cada caso particular. Como es bien conocido, en el modelo conductual el tratamiento debe desprenderse directamente del análisis funcional de conducta, que a su vez se orienta a la identificación de las variables relacionadas con la conducta problemática del sujeto y al establecimiento de las relaciones funcionales existentes entre ellas.

En coherencia con estos principios un terapeuta de conducta, Jack Annon (1975, 1976), intentaría «poner las cosas en su sitio»; con ese fin elaboró, a partir del esquema previo de Staats (1968), el que posiblemente es el mejor y más completo modelo de conceptualización y tratamiento de los problemas sexuales: el denominado modelo P-LI-SS-IT, nombre configurado con las letras iniciales de cada uno de los cuatro niveles que lo integran (que se describen en el cuadro III). De acuerdo con Higginbotham y Farkas (1977), el programa de Annon permite: 1. Valorar todas las circunstancias relacionadas con el problema del sujeto. 2. Establecer las priori-

dades de intervención. 3. Evitar ofrecer una técnica particular —las conocidas «recetas terapéuticas»— y en su lugar desarrollar procedimientos adecuados basados en el análisis conductual. 4. Desarrollar una evaluación continua.

Pero además de esas ventajas, que se derivan de la estricta observación de los principios conductuales, el modelo ofrecido por Annon presenta al menos dos más: por una parte, ofrece un marco de referencia que permite explicar la ya apuntada aproximación en la clínica sexual entre distintas orientaciones teóricas, y por otra, posibilita la inclusión de las parafilias dentro del esquema, que se configura como un «continuo» de intervención con distintos niveles de complejidad.

Centrándonos en lo primero (la notable aportación de Annon en el campo de las parafilias será abordada en la segunda parte), una de las razones que favorecen esa aproximación, es el general reconocimiento —como factores causales de las disfunciones sexuales— de ciertos aspectos negativos: falta de infor-

mación o escasa educación en materia sexual, creencias erróneas, prejuicios y actitudes negativas en torno al sexo, etcétera. Ello implica que cualquier terapia, con independencia del modelo que la sustenta, se ve en la necesidad de aclarar dudas, informar y desmontar mitos y falacias (dos primeros niveles de intervención); cosa que además, en muchos casos, es suficiente para solucionar el problema. Carrolles y Sanz (1991) sugieren que alrededor de un 50% del total de problemas sexuales habituales en la práctica clínica, pueden ser resueltos trabajando en exclusividad el nivel de información-educación sexual.

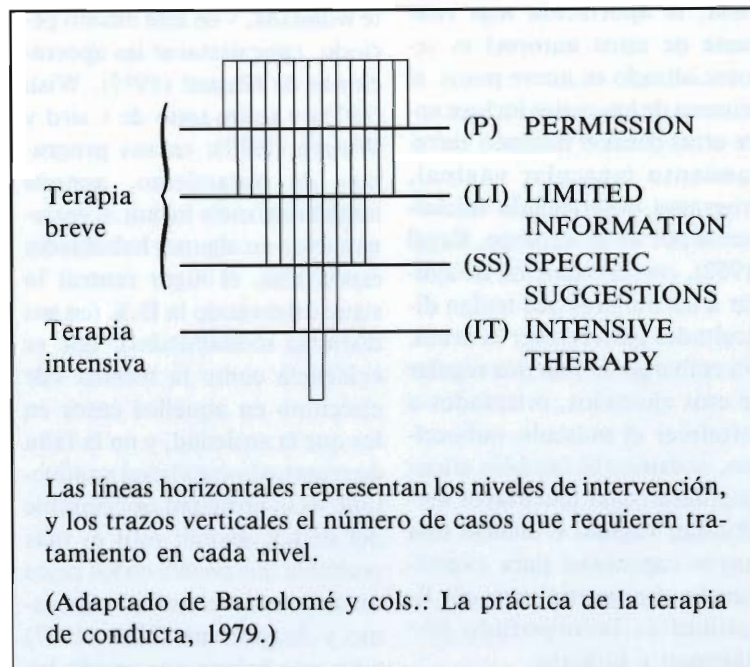
Cuando lo anterior no basta se recurre a indicaciones y técnicas específicas de terapia sexual (tercer nivel), si bien en este sentido cabe señalar que hoy día, más que a los programas globales antes considerados, se suele acudir a técnicas específicas o a ciertos componentes de esos programas (focalización sensorial, programa masturbatorio, etc.), justamente aquellos que han sido refrendados por la investigación. Y finalmente, en los casos donde el análisis revela

una mayor complejidad porque en ellos están implicadas otras variables relevantes, se hace precisa lo que Annon denomina una «terapia intensiva», que requiere una mayor especialización y que ya varía sustancialmente de un enfoque a otro; aquí se incluirían, a modo de ejemplo, los problemas sexuales producidos o asociados a algún trastorno psicológico, los «complicados» con otros problemas de pareja, y la mayor parte de las parafilias. En este cuarto nivel se emplearían, solos o añadidos, a las técnicas de índole estrictamente sexual, cualquiera de los procedimientos típicos de la terapia cognitivo-conductual (reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento en asertividad, etc.).

Con todo, lo más importante es «adecuar» los distintos niveles (los que sean necesarios) a cada caso particular, con la capacidad de modificar «sobre la marcha» las pautas y técnicas de tratamiento, que es lo que hace de la terapia conductual un «sistema abierto» de intervención.

El final de la década viene caracterizado por la publicación de excelentes trabajos de recopilación, que se han convertido en manuales de referencia obligada para los trabajos actuales sobre terapia sexual. Cabe destacar el «Handbook of Behavior Therapy with Sexual Problems» de Fischer y Gochros (1977), el «Handbook of Sex Therapy» de Lo Piccolo y Lo Piccolo (1978) y especialmente los «Principles and Practice of Sex Therapy» de Leiblum y Pervin (1980); en todos ellos, y sobre todo en el último, por un lado, se resumen las aportaciones e innovaciones más significativas del período (con artículos de «ilustres» como Lazarus o Ellis) y, por otro, se introducen algunos de los nuevos temas de interés que caracterizan al momento actual, tales como los problemas relativos a la disminución del deseo sexual (Lo Piccolo, Zilbergeld y Ellison) o los programas de terapia grupal (Barbach).

CUADRO III
MODELO DE TRATAMIENTO POR NIVELES
DE ANNON (1976)



3. TENDENCIAS ACTUALES

En este apartado final se pretende simplemente esbozar algunas de las tendencias que en los últimos años, desde 1980, más atención e interés han suscitado y que en consecuencia pueden orientar el futuro de la terapia sexual. Sin la pretensión de ser exhaustivos haremos mención de cuatro de ellas:

- Una de estas perspectivas actuales es en realidad «vieja» y tiene que ver con la clasificación de los problemas sexuales. En estos últimos años se han realizado notables intentos por mejorar las primeras clasificaciones propuestas (Wolpe, 1969; Masters y Johnson, 1970; Kaplan, 1974) de carácter exclusivamente tipológico y como tales centradas en la descripción de diversas categorías diagnósticas. Las limitaciones de este tipo de clasificación, claramente reflejadas por Carrobbles (1981), han dado pie a la formulación de nuevas propuestas que, a nuestro juicio, comparten un mismo interés: superar el terreno de lo meramente descriptivo para intentar, en base a un análisis dimensional, ser útiles en la orientación y planificación del tratamiento. Aun reconociendo lo difícil de tal empresa, eso es lo que pretenden sistemas como los de Lo Piccolo y Hogan (1979), A.P.A. (DSM-III, 1980), Schover y cols. (1982) y Carrobbles (1981, 1991). La línea a seguir parece ser la de comparar estos sistemas en función de su utilidad para la praxis clínica, y algún trabajo se ha presentado ya en esa dirección (Mira, 1987).

- Otro tema de interés actual guarda relación con la repetida constatación, en muchos casos, de una ausencia de concordancia entre el «desempeño» sexual objetivo y la gratificación asociada. En el quehacer clínico no es infrecuente encontrar parejas que mantienen lo que «en teoría» podría calificarse como una relación sexual «normal» (sin ningún tipo de disfunción) y que sin

embargo verbalizan no estar satisfechas. Esta discrepancia ha traído consigo una doble necesidad: a) la de incluir en las clasificaciones una nueva categoría de problemas, los relacionados con la insatisfacción subjetiva (Carrobbles, 1981), y b) la de replantear el criterio a partir del cual se puede hablar de éxito o eficacia en la terapia. En ese sentido se ha avanzado desde los planteamientos atomistas y un tanto mecanicistas iniciales (centrados en el rendimiento sexual) hasta una concepción más amplia que tiene en cuenta otras variables importantes: frecuencia de las relaciones, variedad de prácticas, nivel de comunicación, deseos y aspiraciones a nivel sexual, etcétera.

- También en relación con esa visión más global de los problemas, las técnicas sexuales tienden en la actualidad a enmarcarse dentro de una concepción terapéutica más integral que tiene en cuenta otras facetas de la relación de pareja. La frecuente asociación de los problemas sexuales con otros problemas convivenciales ha sido constatada desde el primer momento (Masters y Johnson, 1970) y es una constante en todos los autores dedicados al tema; por eso, y dejando a un lado la vieja controversia sobre «qué es la causa de qué» la postura más generalizada es la de abordar ambos problemas simultáneamente (Jacobson y Margolin, 1979); máxime si tenemos en cuenta, como señalan Carrobbles y Sanz (1991) citando los estudios de varios autores (O'Connor, 1976; Stoll, 1978 y Snyder y Berg, 1983), que el grado de satisfacción general en la relación de pareja es uno de los factores que más condiciona los resultados de la terapia sexual.

El interés por estudiar, desde la óptica de la psicología del aprendizaje, los elementos o componentes centrales que configuran el «conflicto» de pareja no es nuevo; de hecho, la mayor parte de los estudios se concentran en el período comprendido

entre 1970 y 1980.⁴ Sin embargo, es a finales de esa década y principios de los 80, cuando toda la investigación precedente cristaliza en los primeros programas estructurados de tratamiento, entre los que cabe citar los de Weiss (1978), Jacobson y Margolin (1979), Liberman y cols. (1980) y Hahlweg, Schindler y Revenstorf (1982).

- Y ya para finalizar, uno de los campos de mayor interés es el relacionado con las técnicas de registro psicofisiológico (principalmente genitales) y su aplicación a la evaluación y tratamiento de los problemas sexuales. Aun cuando no se trata de un área de investigación reciente, pues los primeros estudios datan de la década de los sesenta (Freund, 1963; Fisher y cols., 1965; Masters y Johnson, 1966; entre otros), las aplicaciones clínicas son todavía muy limitadas. Tradicionalmente, además, el grueso de la investigación se ha orientado hacia las parafilias y son «comparativamente» pocos los estudios que se han realizado sobre disfunciones sexuales. En este ámbito los mayores avances se han logrado en la evaluación de los problemas de excitación y especialmente en la determinación de la etiología (orgánica o funcional) de los problemas erectivos; en esa línea se sitúan los estudios que han empleado la pletismografía penéana nocturna (Karakán, 1970; Karakán y cols., 1975, 1977; Fisher y cols., 1975) y los más recientes basados en el examen del potencial erectivo (Sackheim y cols., 1986).

En cuanto al uso de los registros psicofisiológicos como parte integrante del tratamiento (en programas de biofeedback), por el momento es más una posibilidad que cualquier otra cosa; algunos estudios en esta dirección sugieren una cierta capacidad de control voluntario sobre la erección, tanto para inhibirla (dato de indudable interés en el tratamiento de las parafilias) como para facilitarla, lo que

tendría notables implicaciones en el manejo de los problemas de erección (Rosen y cols., 1975; Csillar, 1976). Con mujeres, pese a ser igualmente relevantes y pertinentes (Cáceres, 1990) se han realizado menos estudios y los resultados, por el momento, son más difíciles de interpretar.

Además de lo señalado, una de las tendencias de la investigación psicofisiológica actual, está empezando a confirmar algunas de las ideas establecidas «a priori» (cuando no se disponía de la instrumentación y metodología actuales) en torno a la respuesta sexual, tales como el importante papel que desempeñan las fantasías (Stock y Geer, 1982) o el efecto inhibitorio de la ansiedad (Norton y Jehu, 1984); con todo, los resultados deben interpretarse con cierta cautela y hace falta un mayor caudal de investigación para llegar a conclusiones definitivas.

NOTAS

¹ En LEHRMAN, N.: *Las técnicas sexuales de Masters y Johnson*. Ed. Gedisa, 1982 (5.ª edición); pág. 119 (orig. 1970).

² En WOLPE, J.: *Práctica de la terapia de conducta*. Ed. Trillas, 1983 (4.ª edición); pág. 196 (orig. 1969).

³ Lobitz y Lo Piccolo diseñan una hoja de registro general, el Daily Record Form, que permite el «seguimiento» de las prácticas sexuales asignadas a la pareja, pero antes que ellos, Masters y Johnson (1970), informaron ya del empleo de autorregistros específicos para controlar el tratamiento de la eyaculación precoz.

⁴ Una completa revisión de esos estudios puede encontrarse en CARRASCO, LLAVONA y CARRASCO: «Disfunción sexual y otros problemas de pareja». En Mayor y Labrador (eds.): *Manual de modificación de conducta*. Cap. 15 (1984).



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ANNON, J. S.: *The behavioral treatment of sexual problems: Intensive therapy*. Enabling systems, 1975.
- ANNON, J. S.: *The behavioral treatment of sexual problems: Brieftherapy*. Harper and Row, 1976.
- A.P.A.: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III)*. Masson, 1983 (1980).
- BARBACH, L. G.: «Group treatment of anorgasmic women». En LEIBLUM y PERVIN (eds.): *Principles and practice of Sex Therapy*. Guilford Press, 1980.
- BARTOLOMÉ, CARROBLES, COSTA y DEL SER: *La práctica de la terapia de conducta*. Pablo del Río, 1979.
- BRADY, J. P.: «Brevital-relaxation treatment of frigidity». *Behaviour Research and Therapy*, 4, 71-77, 1966.
- CÁCERES, J.: *Evaluación psicofisiológica de la sexualidad humana*. Martínez Roca, 1990.
- CAIRD, W. y WINZCE, J.: *Sex Therapy. A behavioral approach*. Harper and Row, 1977.
- CARRASCO, M. J.; LLAVONA, L. y CARRASCO, I.: «Disfunción sexual y otros trastornos de pareja». En MAYOR y LABRADOR (eds.): *Manual de modificación de conducta*. Alhambra, 1984.
- CARROBLES, J. A.: «Evaluación de las disfunciones sexuales». En FERNÁNDEZ-BALLESTEROS y CARROBLES (eds.): *Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones*. Pirámide, 1981.
- CARROBLES, J. A. y SANZ, A.: *Terapia Sexual*. Fundación Universidad-Empresa, 1991.
- COOPER, A. J.: «A case of fetishism and impotence treated by behavior therapy». *British Journal of Psychiatry*, 109, 649-652, 1963.
- CROWE, M. J.; GILLAN, P. y GOLOMBEK: «Form and content in the treatment of sexual dysfunction». *Behaviour Research and Therapy*, 1980.
- CSILLAR, E. R.: «Modification of erectile penile response». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 27-29, 1976.
- CHAMBLES, D.; SULTAN, F.; STERN, T. E. y O'NEILL, C.: «Effect of pubococcygeal exercise in coital orgasm in women». *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 52, 114-118, 1984.
- ELLIS, A.: *Sex without guilt*. Lyle Stuart, 1958.
- ELLIS, A.: *Arte y técnica del amor*. Grijalbo, 1978 (1960).
- ELLIS, A.: «Treatment of erectile dysfunction». En LEIBLUM y PERVIN (eds.): *Principles and practice of sex therapy*. Guilford Press, 1980.
- ELLIS, A.: «The rational-emotive approach to sex therapy». *The Counseling Psychologist*, 5, 14-21, 1975.

- FABBRI, R.: «Hypnosis and behavioral therapy. A coordinated approach to the treatment of sexual disorders». *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19, 4-8, 1976.
- FISHER, J. y GOCHROS, H. L.: *Handbook of behavior therapy with sexual problems*. Pergamon Press, 1977.
- FISHER, C. y cols.: «Cycles of penile erection synchronous with daydreaming REM sleep». *Arch. Gen. Psychiat.*, 12, 29-45, 1965.
- FISHER, C.; SCHAIVI, R.; LEAR, H. y EDWARDS, A.: «The assessment of nocturnal REM erection in the differential diagnosis of sexual impotence». *Jour. Sex. Marital Therapy*, 1, 277-289, 1975.
- FRANKS, C. M. y WILSON, G. T.: *Behavior therapy, theory and practice*. Brunner/Mazel, 1974.
- FREUND, K.: «A laboratory method for diagnosing predominance of homosexual or hetero erotic interest in the male». *Beh. Res. Ther.*, 1, 85-93, 1963.
- FUCHS, K. y cols.: «Vaginismus: The hypno-therapy approach». *Journal of Sex Research*, 11, 39-45, 1975.
- GAGNON, J. H.: «Sex research and social change». *Archives of Sexual Behavior*, 4, 111-142, 1975.
- HAHLWEG, K.; SCHINDLER, L. y REVENSTORF, D.: *Partnerships-problema: Diagnose un therapy*. Springer-Verlag, 1982.
- HARTMAN, W. E. y FITHIAM, M. A.: «Treatment of sexual dysfunction: A bio-psycho-social approach». *Center for Marital and Sexual Studies*, 1973.
- HASLAM, M. T.: «The treatment of psychogenic dyspareunia by reciprocal inhibition». *British Journal of Psychiatry*, 111, 280-282, 1965.
- HAWTON, K.: *Sex Therapy: A practical handbook*. Oxford University Press, 1985.
- HIGGINBOTHAM, H. N. y FARKAS, G. M.: «Investigación básica y aplicada en sexualidad humana. Limitaciones actuales y direcciones futuras en terapia sexual». En FISCHER y GOCHROS (eds.): *Handbook of Behavior Therapy with sexual problems*. Pergamon Press, 1977. (De este artículo existe traducción en castellano, en *Revista de Sexología*, 11.)
- HUNT, M.: «La neurosis es sólo un mal hábito (1967)». En LEHRMAN: *Las técnicas sexuales de Masters y Johnson*. Gedisa, 1976 (1970).
- HUSTED, J. R.: «Desensitization procedures in dealing with female sexual dysfunction». *The Counseling Psychologist*, 5, 30-38, 1975.
- JACOBSON, N. S. y MARGOLIN, G.: *Marital Therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. Brunne/Mazel, 1979.
- KANFER, F. H. y SASLOW, G.: «Behavioral diagnosis». En FRANKS (ed.): *Behavior Therapy: Appraisal and Status*. McGraw-Hill, 1969.
- KAPLAN, H. S.: *La nueva terapia sexual*. Alianza, 1982 (1974).
- KARAKAN, I.: «Clinical value of nocturnal erection in the prognosis and diagnosis of impotence». *Medical Aspects Human Sex.*, 4, 27-34, 1970.
- KARAKAN, I.; WILLIAMS, R.; THORNBY, J. y SALIS, P.: «Sleep related tumescence as a function of age». *Amer. Jour. Psychiatry*, 132, 932-937, 1975.
- KARAKAN, I.; SCOTT, F.; SALIS, P.; ATTIA, S. y WARE, J.: «Nocturnal erections diferential diagnosis of impotence and diabetes». *Biological Psychiatry*, 12, 373-380, 1977.
- KEGEL, A. H.: «Sexual functions of the pubococcygeus muscle». *Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology*, 60, 521-524, 1952.
- KINSEY, A. C.; POMEROY, W. B. y MARTIN, C. E.: *Sexual behavior in the human male*. Saunders, 1948.
- KINSEY, A. C.; POMEROY, W. B.; MARTIN, C. E. y GEBHARD, P. H.: *Sexual behavior in the human female*. Saunders, 1953.
- KRAFT, T. A. y AL ISSA, I.: «Behavior therapy and the treatment of frigidity». *American Journal of Psychotherapy*, 21, 116-120, 1967.
- LAZARUS, A. A.: «The treatment of chonic frigidity by systematic desensitization». *The Journal of nervous and mental disease*, 136, 272-278, 1963.
- LAZARUS, A. A.: «The treatment of a sexually inadequate man». En ULLMAN y KRASNER (eds.): *Case studies in behavior modification*. Holt, 1965.
- LAZARUS, A. A.: «Psychological treatment of dyspareunia». En LEIBLUM y PERVIN (eds.): *Principles and practice of sex therapy*. Guilford Press, 1980.
- LEHRMAN, N.: *Las técnicas sexuales de Masters y Johnson*. Gedisa, 1976 (1970).
- LEIBLUM, S. R. y PERVIN, L.: *Principles and practice of sex therapy*. Guilford Press, 1980.
- LIBERMAN, R. P. y cols.: *Handbook of marital therapy*. Plenum Press, 1980.
- MADSEN, C. H. y ULLMAN, L. P.: «Innovations in the desensitization of frigidity». *Beh. Research and Ther.*, 5, 67-68, 1967.
- MARKS, I.: *Tratamiento de las neurosis*. Martínez Roca, 1986 (1981).
- MASTERS, W. y JOHNSON, V.: *Respuesta sexual humana*. Intermédica, 1967 (1966).
- MASTERS, W. y JOHNSON, V.: *Incompatibilidad sexual humana*. Intermédica, 1976 (1970).
- MASTERS, W.; JOHNSÓN, V. y KOLODNY, R.: *La sexualidad humana*. Grijalbo, 1987 (1985).
- MESSE, M. y GEER, J. H.: «Voluntary vaginal musculature contractions as an enhacer of sexual arousal». *Arch. of Sex Behavior*, 14, 13-18, 1985.
- MIRA, J. J.: «La técnica terapéutica de la D.S. en el tratamiento de la disfunción erectiva, la dispareunia y el vaginismo». *Informació Psicològica*, 29, 13-18, 1987.
- MIRA, J. J.: «Clasificación de las disfunciones psicosexuales. Alternativas al DSM-III». *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexología*, 3, 1987.
- MURPHY, C. y MIKULAS, W.: «Behavioral features and deficiencies of the Masters and Johnson program». *The Psychological Record*, 24, 221-227, 1974.
- NORTON, G. R. y JEHU, D.: «The role of anxiety in sexual dysfunctions: A review». *Arch. of Sex. Beh.*, 13, 165-183, 1984.
- OBLER, M.: «Multivariate approaches to psychotherapy with sexual dysfunction». *The Counseling Psychologist*, 5, 55-63, 1975.
- O'LEARY, K. D. y WILSON, G. T.: *Behavior therapy: Application and outcome*. Prentice-Hall, 1975.
- RILEY, A. J. y RILEY, E. J.: «A controlled study to evaluate directed masturbation in the management of primary orgasmic failure in women». *British Journal of Psychiatry*, 133, 404-409, 1978.
- ROSEN, R. C.; SHAPIRO, D. y SCHWARTZ, G. E.: «Voluntary control of penile tumescence». *Psychosom. Med.*, 37, 479-483, 1975.
- SACKHEIM, D. K. y cols.: «Waking assessment of erectile dysfunction and the role of erectile potential exams in differentiating organic and psychogenic dysfunction». *Beh. Research. Therapy*, 1986.
- SCHOVER, L. y cols.: «Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions». *Archives of General Psychiatry*, 39, 614-619, 1982.
- SEMANS, J. H.: «Premature ejaculation: A new approach». *Southern Medical Journal*, 49, 353-358, 1956.
- STAATS, A. W.: «Social behaviorism and human motivation: Principles of the attitude-reinforcer-discriminative system». En GREENWALD, BROOK y OSTROM (eds.): *Psychological Foundations of Attitudes*. Academic Press, 1968.
- STOCK, W. y GEER, J. H.: «A study of fantasy-based sexual arousal in women». *Arch. of Sex. Beh.*, 11, 33-47, 1982.
- WEISS, R. L.: *The conceptualization of marriage disorders from a behavioral perspective*. Brunner/Mazel, 1978.
- WISH, P. A.: «The use of imagery-based techniques in the treatment of sexual dysfunction». *The Counseling Psychologist*, 5, 52-55, 1975.
- WOLPE, J.: *Psicoterapia por inhibición recíproca*. D.D.B., 1975 (1958).
- WOLPE, J.: *Práctica de la terapia de conducta*. Trillas, 1977 (1969).
- WOLPE, J. y LAZARUS, A. A.: *Behavior Therapy Techniques*. Pergamon Press, 1966.
- ZILBERGELD, B. y ELLISON, C.: «Desire discrepancies and arousal problems in sex therapy». En LEIBLUM y PERVIN (eds.): *Principles and practice of sex therapy*. Guilford Press, 1980.