

TERAPIA COGNITIVA Y DISFUNCIONES SEXUALES

RESUMEN

Aunque la mayoría de las terapias sexuales se fundamentan en técnicas conductuales de probada eficacia, el artículo recoge una serie de técnicas cognitivas que pueden ser de utilidad para aumentar la eficacia de los tratamientos conductuales. También se recoge el modelo cognitivo de la respuesta sexual humana.

PALABRAS-CLAVE

Terapia sexual, Terapia cognitiva, Terapia conductual, Disfunciones sexuales, Distorsiones cognitivas.

Juan Sevilla*
Carmen Pastor*

1. INTRODUCCION

HACIENDO una rápida revisión de las técnicas de terapia sexual más validadas y usadas, detectamos con facilidad que la mayoría de ellas son de naturaleza conductual: Focalización sensorial (Masters y Johnson, 1970), entrenamiento masturbatorio (Lo Piccolo y Lo Piccolo, 1978), entrenamiento muscular vaginal (Carrobbles, 1985), parada-pausa (Semans, 1956), etcétera.

Sin embargo, en los análisis funcionales de las personas con disfunciones sexuales, aparecen pensamientos (respuesta cognitiva) como una parte importante del problema. Lo que ocurre a

nivel terapéutico es que, el cambio cognitivo sigue al cambio conductual que operan las técnicas sexuales citadas. Este fenómeno es similar a lo que ocurre, por ejemplo, al hacer exposición «in vivo» con un problema de ansiedad; si el cliente no abandona la situación estimular, no sólo desaparece la ansiedad, sino también los pensamientos catastróficos y es que, aunque focalicemos la intervención en una modalidad de respuesta, las otras dos cambian simultáneamente (Sevilla y Pastor, 1991).

A pesar de ello, y de que en nuestra propia praxis clínica de abordaje de problemas sexuales usemos una elevadísima proporción de técnicas conductuales, en este artículo citaremos un grupo de estrategias de naturaleza cognitiva que muchos prestigiosos terapeutas sexuales usan simultáneamente con las técnicas más comportamentales.

2. MODELO COGNITIVO DE LA RESPUESTA SEXUAL

Siguiendo a Walen (1980) y a Wolfe y Walen (1980) presentamos el modelo cognitivo de la respuesta sexual humana que, a nuestro entender, es un desglosamiento del paradigma A-B-C de Albert Ellis (1958) (fig. A).

1. Percepción

El primer paso para desencadenar la respuesta sexual es percibir un estímulo como potencialmente excitante. Esto depende de la historia de aprendizaje individual de cada persona, lo que cada uno hemos aprendido como situaciones sexualmente excitantes.

2. Evaluación

Una vez percibido el estímulo sexual, la persona lo evalúa, le da una valoración positiva o negativa. Si la valoración es positiva, se evalúa como una situación atractiva o deseable, entonces aparece el paso siguiente: la excitación.

Si, por el contrario, hace una valoración de la situación como pecaminosa, sucia o inadecuada, el ciclo de la respuesta sexual no continúa y se corta en este paso.

3. Arousal

Si la evaluación del estímulo sexual ha sido positiva empezarían los cambios fisiológicos que conforman la excitación sexual: aumento de la tasa cardíaca, aumento de la tensión muscular, vasoconstricción en zonas sexuales...

4. Percepción del arousal

Consiste en identificar los cambios que se están produciendo como excitación sexual. Hay individuos que exigen un nivel extremadamente elevado de cambios fisiológicos para etiquetarlos como arousal sexual, lo que dificultaría la respuesta sexual.

5. Evaluación positiva

En este punto los individuos juzgan su excitación. Frecuentemente aquí aparecen distorsiones cognitivas, basadas en prejuicios irracionales sobre cuestiones sexuales, que conllevan una valoración negativa del arousal sexual cortando la respuesta sexual. Distorsiones como: «esto no está bien», «soy una perra en celo», «¡qué asco!», etcétera.

Por otra parte, si la evaluación es positiva, la excitación sexual se intensifica y continúa creciendo.

Esta evaluación no sólo se da sobre el propio arousal sexual, sino también sobre el arousal de la pareja.

6. Conducta sexual

Resultado o simultáneamente al paso anterior, aparece la conducta sexual motora.

7. Percepción de la conducta

A medida que se va interactuando sexualmente de nuevo percibimos y recibimos feedback de nuestra conducta motora apareciendo en consecuencia el punto 8.

8. Evaluación positiva

Donde se enjuicia nuestra conducta sexual. Juicios demandantes, catastrofizantes y deberizantes cortarían la respuesta sexual.

Estos ocho pasos podrían entenderse como una concatenación de distintas secuencias ABC, donde las diversas percepciones (del estímulo, del arousal y de la conducta) serían los A, las evaluaciones serían los B y el arousal y la conducta sexual serían los C.

La terapia sexual según el modelo cognitivo trata de cambiar las malas percepciones de los As y las distorsiones cognitivas de los Bs.

Como ejemplo, y en el caso de problemas de falta de deseo, Beck (1988) afirma que los pensamientos negativos automáticos

* Psicólogos.
Centro de Terapia de Conducta.
Valencia.

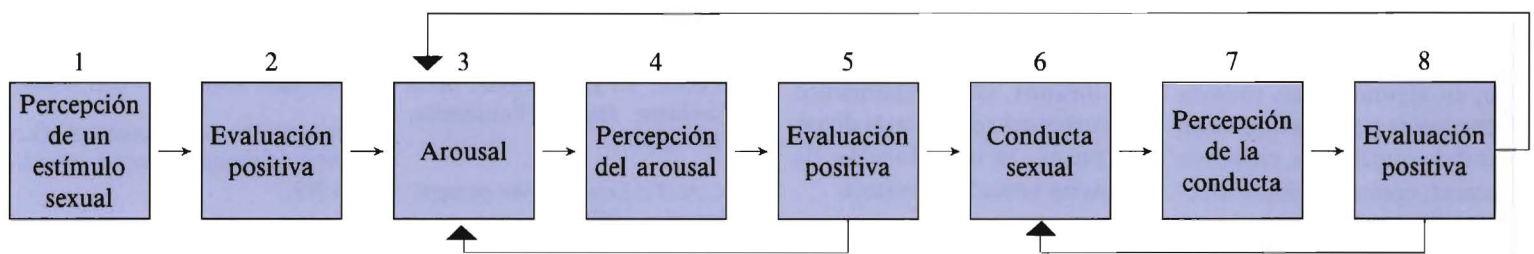


FIGURA A

más comunes de este trastorno sexual son: dudas sobre sí mismo («no voy a estar a la altura de las circunstancias»), dudas sobre el cónyuge («creo que no te estás excitando»), deberías («tener un orgasmo», «hacer lo que tú quieres», «disfrutar más») y negatividad («estoy cansado», «lo hago por ti»).

3. APLICACIONES COGNITIVAS A LA TERAPIA SEXUAL

A partir de una rápida revisión del empleo de técnicas cognitivas para el tratamiento de las disfunciones sexuales, destacamos las siguientes:

3.1. Dar información

Ellis (1960, 1980), Lazarus (1971), Mc Cary (1971), Masters y Johnson (1970), Comfort (1972) y Lo Piccolo y Miller (1978), Carrobbles y Sanz (1992).

Una parte importante de muchos trastornos sexuales implica carecer de información o tener información distorsionada sobre conceptos sexuales. La intervención terapéutica para modificar esas creencias disfuncionales se podría situar en un continuo en el que en su extremo encontraríamos la simple información unidireccional del terapeuta al cliente y en el otro extremo, la más estricta y ortodoxa reestructuración cognitiva.

Dentro de esa información a ofrecer al cliente, diferenciamos varios núcleos:

a) Información sobre fisiología y anatomía de la respuesta sexual humana. Todo clínico se ha encontrado con personas con una falta de conocimiento asombrosa sobre cuestiones sexuales,

incluso de pura anatomía sexual. Los autores recuerdan a una cliente que no sabía qué era el clítoris ni para qué servía. Afortunadamente la mayoría de los casos no son como éste, pero seguimos encontrando pequeñas distorsiones con un papel más o menos importante en la explicación del problema que, simplemente ofreciendo información racional, suelen cambiarse con facilidad. Parte de esta información se suele ofrecer por medio de biblioterapia específica.

b) Mitos sexuales. En estos casos las creencias disfuncionales son acerca de la conducta sexual: lo que se debe y lo que no se debe hacer, lo que es normal y lo que no. Creencias como identificar sexo con coito o tener la necesidad de lograr orgasmo simultáneamente. El terapeuta informa y aporta datos objetivos y científicos de lo que es «estadísticamente» normal en el área sexual, puesto que hablar de normalidad y anormalidad, en sexo, es realmente complicado.

c) Explicación del análisis funcional del trastorno sexual del cliente. Al ofrecer este nú-

cleo de información, nuestro objetivo es modificar concepciones inadecuadas sobre porqué se tiene ese problema. Es habitual que los clientes lo expliquen en términos de enfermedad, como el síntoma de un trastorno más profundo, como locura, o cualquier otra explicación dramática e irracional. Al explicarles que una disfunción sexual es debida a un conjunto de malos aprendizajes o a una ausencia de aprendizaje sexuales específicos, además de desdramatizar y eliminar sensaciones de anormalidad, conseguimos que el cliente se motive hacia la terapia que va a comenzar inminentemente.

3.2. Discusión cognitiva. Ellis (1962, 1971, 1980)

Ellis y su grupo entrenan al cliente a discutir los pensamientos irracionales que aparecen en las situaciones sexuales problemáticas. Intentan flexibilizar las exigencias y demandas irracionales sobre la obligación de conseguir orgasmo, de satisfacer a la pareja, de excitarse o de aparecer como un/a gran amante, llevándolas al punto de simples deseos o preferencias.

Aunque esta robusta aproximación se puede hacer en el despacho con el cliente, dudamos de su eficacia a la hora de aplicarla en una situación sexual porque, dentro de una interacción sexual (Masters y Johnson, 1970) hay que centrarse en hacer y sentir más que en pensar. El esfuerzo que implicaría distanciarse de los pensamientos irracionales y debatirlos, bloquearía la excitación sexual.

Ahora bien, la discusión cognitiva sí se puede emplear para modificar las emociones negativas que frecuentemente aparecen después de una interacción sexual poco satisfactoria: culpabilidad, depresión, enfado propio o con la pareja, o ansiedad. Emociones producidas por pensamientos como: «soy un desastre», «soy un fracaso como hombre», «no la puedo satisfacer», «debería ser más atento/a», «pensará de mí que soy homosexual, frígida...», «se buscará otro».

También suele emplearse para debatir mitos y supuestos disfuncionales, como los que citábamos en el apartado anterior, cuando la mera información no



basta para eliminarlos. Finalmente, y esto es lo más complicado, en algunos casos todavía encontramos personas que han aprendido que el sexo, en vez de ser placer, comunicación y afecto, es algo bajo, pecaminoso y sucio.

Esto, unido a que estas personas suelen ser traídas a consulta por sus parejas y no vienen por voluntad propia, impide cualquier tipo de aproximación conductual específica para resolver sus problemas sexuales. La mera información no suele ser suficiente; es necesario utilizar discusión racional y todo tipo de técnicas de reestructuración cognitiva para elasticar lo suficiente estos pensamientos y aplicar la terapia sexual más conveniente.

3.3. Rebatir pensamientos irracionales que boicotean las tareas conductuales

Dentro de la discusión cognitiva, pero con una entidad lo suficientemente importante como para dedicarle un apartado independiente, situamos este aspecto del debate cognitivo.

En este caso la discusión cognitiva tiene como principal objetivo flexibilizar y eliminar aquellas creencias del cliente que nos impiden un trabajo conductual concreto.

En la terapia sexual conductual se le van pidiendo al cliente una serie de ejercicios y tareas con un fin muy específico, que servirán para lograr superar su problema.

Algunos clientes, debido a sus creencias personales, se niegan a seguir nuestras instrucciones. Siempre que se pueda, el terapeuta modifica dichas tareas hasta el punto de que la persona acceda a su uso, pero también hay momentos en que no se puede saltar un paso en la terapia y, para poder resolver el problema sexual, el cliente ha de eliminar prejuicios e irracionalidades, y decidirse a intentar realizar dicha tarea. Ejemplos de tareas ante las que el terapeuta debe in-

formar y discutir esos pensamientos inadecuados son el uso de vibrador, el entrenamiento masturbatorio en sus más diversos pasos, la introducción de fantasías sexuales, etcétera.

3.4. Fantasías sexuales

Lo Piccolo (1980), Lo Piccolo y Lobitz (1978), Zeiss y Roseu (1978).

Entrenar a un cliente en fantasías sexuales consiste en adiestrarlo en crear imágenes de contenido sexual.

Dichas imágenes son elegidas subjetivamente por cada cliente y suelen tener una estructura filmica, pidiéndosele que las imagine vívidamente.

El objetivo principal es aumentar el nivel de excitación sexual, y se aplica simultáneamente con otras técnicas conductuales como, por ejemplo, el entrenamiento masturbatorio.

Incluimos esta técnica como parte de las estrategias cognitivas porque estrictamente es una técnica cognitiva: el cliente introduce pensamientos en forma de imagen que aumentan su excitación sexual.

3.5. Técnicas atencionales y reetiquetaje

Annon (1974), Ellis (1962), Kaplan (1974), Masters y Johnson (1970).

Muchos terapeutas enseñan a sus clientes a focalizar su atención en sus propias sensaciones fisiológicas de excitación en vez de preocuparse por su rendimiento sexual o tratar de controlar su orgasmo.

Estas técnicas se han utilizado en el tratamiento de impotencia, falta de deseo sexual y dificultades para conseguir el orgasmo.

En algunos casos es necesario ir más allá (Lobitz, Lo Piccolo, Lobitz y Brockway, 1974; Lo Piccolo, 1975; Annon, 1974) y enseñar a los clientes a reetiquetar las sensaciones fisiológicas de ansiedad que notan como señales de excitación sexual.

BIBLIOGRAFIA

- BANCROFT, J.: *Desviaciones de la conducta sexual*. Fontanella, 1977 (1974).
- BECK, A. T.: *Love is never enough*. Penguin, 1989.
- BELLIVEAU, F.; RICHTER, L.: *La inadaptación sexual según Masters y Johnson*. Fontanella, 1981 (1970).
- BERNARD, M. E. y ELLIS, A.: *Aplicaciones clínicas de la terapia racional-emotiva*. DDB, 1990.
- BORNSTEIN, P. H.; BORNSTEIN, M. T.: *Terapia de pareja*. Pirámide, 1988.
- CÁCERES, C. J.: *Evaluación psicofisiológica de la sexualidad humana*. Martínez Roca, 1990.
- CARPENTER, J.; TREACHER, A.: *Problems and solutions in marital and family therapy*. Basil Blackwell, 1989.
- CARROBLES, J. A. y SANZ, A.: *Terapia Sexual*. Fundación Universidad-Empresa, 1991.
- COMFORT, A.: *The joy of sex*. Grijalbo, 1981 (1972).
- COMFORT, A.; COMFORT, J.: *El adolescente: sexualidad, vida y crecimiento*. Blume, 1981 (1979).
- COSTA, M.; SERRAT, C.: *Terapia de parejas*. Alianza, 1985.
- ELLIS, A.: *Sex without guilt*. NJ: Lyle Stuart, 1958.
- ELLIS, A. y GRIEGER, R.: *Manual de Terapia Racional Emotiva*. DDB, 1981.
- ELLIS, A. and cols.: *Rational-emotive couples therapy*. Pergamón, 1989.
- ECHEBURÚA, E.: *Parejas en conflicto. Estrategias psicológicas de intervención*. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, 1987.
- FALLOON, I. R. H.: *Handbook of behavioural family therapy*. Hutchinson-Guilford, 1988.
- HAHLWEG, K.; JACOBSON, N. S.: *Marital interaction. Analysis and modification*. Guilford Press, 1984.
- HUBER, C. H.; BARUTH, L.: *Terapia familiar racional emotiva. Perspectiva sistémica*. Herder, 1991.
- JACOBSON, N. S.; GURMAN, A. S.: *Clinical handbook of marital therapy*. Guilford Press, 1986.
- JACOBSON, N. S.; MARGOLIN, G.: *Marital therapy*. Brunner/Mazel, 1979.
- KAPLAN, H. S.: *Disfunciones sexuales*. Grijalbo, 1988 (1987).
- KAPLAN, H. S.: *Manual ilustrado de terapia sexual*. Grijalbo, 1985 (1975).
- KAPLAN, H. S.: *Trastornos del deseo sexual*. Grijalbo, 1982 (1979).
- KAPLAN, H. S.: *La eyaculación precoz*. Grijalbo, 1990 (1989).
- KAPLAN, H. S.: *Evaluación de los trastornos sexuales*. Grijalbo, 1985 (1983).
- KAPLAN, H. S.: *La nueva terapia sexual*. Vol. 1. Alianza, 1982 (1978).
- KAPLAN, H. S.: *La nueva terapia sexual*. Vol. 2. Alianza, 1982 (1978).
- LAZARUS, A. A.: *Behavior Therapy and beyond*. McGraw-Hill, 1971.
- LIBERMAN, R. P. and cols.: *Handbook of marital therapy*. Plenum, 1980.
- LO PICCOLO, J.; HEIMAN, J. R.: *Para alcanzar el orgasmo*. Grijalbo, 1989 (1976/1988).
- LO PICCOLO, J.; LO PICCOLO, L.: *Handbook of sex therapy*. Plenum, 1978.
- MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E.: *Incompatibilidad sexual humana*. Inter-Médica, 1981 (1970).
- MINISTERIO DE SALUD Y CONSUMO: *La sexualidad humana*, n.º 1. 35 preguntas sobre la sexualidad para chicos y chicas de 14 a 17 años.
- SEVILLÁ, J. y PASTOR, C.: *Técnicas Racional Emotivas: descripción y estatus científico*. Informació Psicològica, n.º 45, 1991.
- SEVILLÁ, J. y PASTOR, C.: *Análisis Funcional de Conducta: un modelo práctico de intervención*. Informació Psicològica, n.º 42, 1990.
- WOLFE, J. y WALLEN, S. R.: «Cognitive factors in sexuality» en GRIEGER, R. y GRIEGER, I. Z.: *Cognition and emotional disturbance*. Human Science Press, 1980.