

7
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ANALISIS SOBRE LA CONCEPTUALIZACION DE DISFUNCION SEXUAL A PARTIR DE TRES APROXIMACIONES PSICOLOGICAS : PSICOANALISIS, HUMANISMO, CONDUCTISMO.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
EVA ALCANTARA ZAVALA

DIRECTORA DE TESIS : LIC. OFELIA REYES NICOLAT



MEXICO, D.F.

1997

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Un charco es mi memoria.
Lodoso espejo : ¿dónde estuve ?
Sin piedad y sin cólera mis ojos
me miran a los ojos
desde las aguas turbias de ese charco
que convocan ahora mis palabras.
No veo con los ojos : las palabras
son mis ojos...
...no hay escuela allá dentro,
siempre es el mismo día,
la misma noche siempre,
no han inventado el tiempo todavía,...
no ha envejecido el sol,
esta nieve es idéntica a la yerba,
siempre y nunca es lo mismo,
nunca ha llovido y llueve siempre,
todo está siendo y nunca ha sido,
pueblo sin nombre de las sensaciones,
nombres que buscan cuerpo,
impías transparencias,
jaulas de claridad donde se anudan
la identidad entre sus semejanzas,
la diferencia en sus contradicciones.*

Octavio Paz : Pasado en Claro.

*Un charco es mi memoria.
Lodoso espejo : ¿dónde estuve ?
Sin piedad y sin cólera mis ojos
me miran a los ojos
desde las aguas turbias de ese charco
que convocan ahora mis palabras.
No veo con los ojos : las palabras
son mis ojos...
...no hay escuela allá dentro,
siempre es el mismo día,
la misma noche siempre,
no han inventado el tiempo todavía...
no ha envejecido el sol,
esta nieve es idéntica a la yerba,
siempre y nunca es lo mismo,
nunca ha llovido y llueve siempre,
todo está siendo y nunca ha sido,
pueblo sin nombre de las sensaciones,
nombres que buscan cuerpo,
impías transparencias,
jaulas de claridad donde se anulan
la identidad entre sus semejanzas,
la diferencia en sus contradicciones.*

Octavio Paz : Pasado en Claro.

A mamá y papá

Eva y Arturo

**Infinitas gracias por todo su amor y consejos
que me han abrazado durante toda mi vida.**

**Por inyectarme su deseo de superación, su fuerza
y especialmente ahora, por darme la oportunidad
de elegir y estudiar esta apasionante profesión.**

Los amo.

A Carlos Alberto
Por tus enseñanzas, apoyo incondicional y el amor
pleno que compartimos; y por tus ojos de gato
llenos de luz, que me reflejan con tanta ternura
la mujer que intento ser. Te amo

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de mi carrera académica, he recibido incontables veces la ayuda y el apoyo de algunas personas ; especialmente en esta investigación y trabajo de tesis deseo agradecer a :

Ofelia Reyes, mi querida maestra, porque con tu amistad y cariño me haz compartido y guiado a través del enredado camino de mi sexualidad y la de los otros ; sobre todo por transmitirme tu curiosidad, respeto y dedicación hacia el campo de la sexualidad humana

Isabel Martínez, Asunción Valenzuela, Jorge Pérez y Celso Serra, por todos sus comentarios, ayuda y tiempo que le dedicaron a mi trabajo de tesis

A los cómplices de toda mi vida, Julia, Virginia, Arturo y Mary , por su presencia, amistad y apoyo. Porque juntos estamos aprehendiendo la vida. Los amo

A mis hermanas de facultad Bella, Gina y Clau, por todos los días llenos de vida y por andar juntas el tormentoso y gratificante mundo de la psicología , su amistad es para mí un apoyo fundamental.

A Julieta, Luis, María Elena, Luz, Francisco, Carlos Federico, Carmen Clapp y especialmente a Gabriel, por su amistad, enseñanzas e invaluable ayuda , y por contagiarme crónicamente de curiosidad al iniciarme en el mundo de la ciencia con todos sus bemoles.

A Barbara Fabiola, por la amistad que desde niñas nos brindamos, por estar siempre tan cercana. A Martha Elizabeth, por ese lazo indestructible que forma compartir la adolescencia. A Mari Trini, por tu sencillez, sinceridad, y por compartir juntas la risa más espontánea. A Miriam por acompañarme, apoyarme y ayudarme durante esta fase, y por la sincera amistad que surgió

A Rosa Doming, Lilian Fridman y Alma Aldana, por su fiescura, enseñan, as, guía y por creer en mí , sobre todo por ofrecerme la invaluable oportunidad de observar y practicar mis conocimientos sobre la sexualidad y las disfunciones sexuales

A esta Universidad porque dentro de su diversidad siempre brinda la oportunidad de ampliar criterios, mientras se aprenden nuevos conocimientos. Gracias a la Facultad de Psicología, en donde día a día los estudiantes nos enfrentamos a nuestra psicología y la de los demás

Finalmente, esta tesis esta dedicada a todas las mujeres quienes tenemos el difícil y lento trabajo de reconstruir y valorar nuestra feminidad, luchando cotidianamente por una diferencia con igualdad

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I - Psicoanálisis y disfunción sexual.....	7
Conceptos Básicos.....	8
Concepción de la sexualidad.....	38
Disfunción sexual - definición, etiología y proceso.....	45
Tratamiento de la disfunción sexual.....	57
CAPITULO II - Conductismo y disfunción sexual.....	61
Conceptos Básicos.....	62
Concepción de la sexualidad.....	75
Disfunción sexual - definición, etiología y proceso.....	77
Tratamiento de la disfunción sexual.....	89
CAPITULO III - Humanismo y disfunción sexual.....	95
Conceptos Básicos.....	96
Concepción de la sexualidad.....	109
Disfunción sexual - definición, etiología y proceso.....	113
Tratamiento de la disfunción sexual.....	118
CAPITULO IV - Análisis y discusión.....	123
CONCLUSIONES.....	142
BIBLIOGRAFIA.....	145
APENDICE.....	153

RESUMEN

Las disfunciones sexuales son una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual humana resultan no deseables para el individuo o para su pareja, y que se presentan en forma recurrente o persistente. En las últimas tres décadas, la terapia sexual ha tenido un importante desarrollo hacia un abordaje cada vez más multidimensional, que en su mayoría se refleja en una atención más eficaz a personas que presentan este problema. Sin embargo, en la práctica clínica constantemente existen confusiones en relación a la importancia, necesidad o fundamento en el uso de diferentes técnicas o marcos conceptuales. La presente investigación pretende colaborar en la superación de este déficit en el camino para comprender globalmente la disfunción sexual. Este trabajo se limita a una revisión del aspecto psicológico de la disfunción sexual, reconociendo la importancia de identificar y evaluar factores de índole biológico como enfermedades, edad, uso de drogas, entre otros. Para ello, se revisan ampliamente tres abordajes psicológicos, siguiendo un esquema en donde inicialmente se describen algunos de los conceptos básicos de cada una de las corrientes estudiadas, posteriormente se aborda la concepción de la sexualidad y finalmente se focaliza en la definición, etiología, proceso y tratamiento de la disfunción sexual. En la corriente psicoanalítica se revisa principalmente a Sigmund Freud, la aproximación conductual se examina a partir de las aportaciones de la teoría del aprendizaje, y la corriente humanista se revisa sobre los conceptos de Carl Rogers. Por último se identifican, analizan y discuten, las aportaciones más importantes de cada aproximación psicológica y algunos de los modelos integrales, intentando una comprensión multidimensional de la disfunción sexual y su tratamiento en la terapia sexual actual. Se concluye que aunque existen grandes avances en el tratamiento de las disfunciones sexuales, la falta de protocolos de investigación eficaces no permite aún especificar que o cuales son las vías más óptimas de tratamiento, de igual manera, se resalta la importancia de unificar criterios de clasificación y prestar mayor atención a la evaluación previa y durante el tratamiento. Por último, se puntualiza a la terapia sexual como un modelo que integra aportaciones específicas de diferentes corrientes psicológicas, y por ello, su estudio y análisis pueden contribuir a la conceptualización integral, multidimensional e interdisciplinaria de otros campos de atención en psicología.

INTRODUCCIÓN

Uno de los aspectos fundamentales involucrados en el desarrollo humano es indudablemente el de la sexualidad, su importancia se pone de manifiesto al observar el interés que ha suscitado en todas las épocas de la historia y en diferentes partes del mundo. Flores P. y Parada A., dicen sobre la sexualidad "no es por casualidad que se le ha dado importancia y un lugar en el debate del conocimiento, sino que este obedece a sus múltiples implicaciones en el funcionamiento de la sociedad, en la manera que constituye el motor de acción de las relaciones entre los individuos y las formas tanto subjetivas como sociales que confluyen en ella"¹. Sin embargo, la reflexión sistemática, científica, sobre la sexualidad humana sólo es posible referirla a los tiempos modernos, al igual que la conciencia sobre su papel como factor de transformación social y, por tanto, como objeto de estudio.

Las actitudes hacia la sexualidad han cambiado tanto histórica, como geográficamente, principalmente, este cambio se ha manifestando en las sociedades industrializadas, con mayor fuerza a partir de los años setenta, y en la actualidad se efectúa la transformación social de manera obligada ante sucesos como el virus de inmunodeficiencia humana -VIH- y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida -SIDA-, de manera que la sexualidad está pasando de ser un tema tabú, a ser un aspecto vital de conocimiento. La sexualidad, es ahora estudiada desde múltiples ángulos por diversas disciplinas que constantemente luchan por desmitificarla. La creciente necesidad de información y demanda de ayuda para resolver conflictivas relacionadas con la función sexual, han motivado un enorme incremento en el interés por las disfunciones sexuales.

¹ Flores P., Parada A. (1994). Las sexualidades y las ideologías. En *Antología de la sexualidad humana*. Tomo I. Ed. Miguel Ángel Porrúa. México. Pág. 204.

Inicialmente, para comprender la disfunción sexual, es necesario comenzar por entender la funcionalidad sexual. Según Eusebio Rubio (1994), el concepto de respuesta sexual humana se refiere a una serie de procesos fisiológicos que ocurren en el individuo y que tienen como objetivo principal responder a ciertos estímulos específicos con la potencialidad de desencadenar un orgasmo, estando la respuesta sexual regulada por la interacción de procesos biológicos, psicológicos y sociales. Frecuentemente con fines descriptivos y de estudio la respuesta sexual humana, ha sido esquematizada como un proceso, partiendo de un estado basal, pasando por diferentes estadios o fases en las que ocurren diversos cambios fisiológicos propios de la respuesta y, una vez completados los cambios, el organismo regresa a su estado basal. Actualmente son dos los modelos que se reconocen como descriptivos de esta respuesta sexual: el modelo de Masters y Johnson y el modelo de Helen Kaplan.

Masters y Johnson (1976), fueron pioneros en el estudio de la respuesta sexual humana, contribuyeron al conocimiento de los cambios fisiológicos a nivel periférico, especialmente los procesos vasocongestivos genitales asociados a la respuesta sexual durante la fase de excitación. Ellos propusieron un modelo caracterizado por cuatro fases que comprenden los ciclos de excitación, meseta, orgasmo y resolución, y concluyeron que en cada una de las fases ocurren diversos cambios fisiológicos propios de la respuesta, la tensión sexual va aumentando, y una vez completado el proceso, el organismo regresa a su estado basal. El modelo que propusieron, se basa en sus observaciones sobre las modificaciones anatómicas y fisiológicas que ocurren en el organismo durante la respuesta sexual. Masters y Johnson, consideraron que existen diferencias en la respuesta sexual de hombres y mujeres, en los hombres, observaron la presencia de un período refractario después de la fase orgásmica, y aunque las respuestas que encontraron en mujeres fueron variables, este período refractario no se presentaba necesariamente, sino que por el contrario, observaron una capacidad multiorgásmica femenina.

Helen Kaplan en la década de los setenta, propuso un modelo trifásico de la respuesta sexual humana formado por: el deseo sexual, el proceso de excitación (caracterizado por una vasocongestión genital en el hombre y congestión genital y lubricación en la mujer), y el orgasmo (desencadenado por contracciones reflejas en

ambos). (Kaplan : 1985) Ella observó en la practica clinica, que algunos de sus pacientes no cumplieran con los requisitos necesarios para incluirlos en los rubros diagnósticos descritos por Masters y Jonhson ; al profundizar en sus investigaciones con disfunciones sexuales, Kaplan propone su modelo trifasico en donde cada una de sus fases, está regulada por componentes fisiológicos independientes.

Básicamente la diferencia entre ambos modelos radica en la suposición del numero de dimensiones o tipos de procesos fisiológicos que consideran. Eusebio Rubio (1994) cita a Bancroft quien denomina unidimensionales a los modelos de respuesta sexual que solo consideran una dimensión, como el de Masters y Jonhson. Bancroft, propone un modelo que denomina de tres niveles , un nivel genital (que incluye las respuestas genitales de erección penéana y lubricación vaginal), otro central (manifestado por la sensación subjetiva de excitación), y otro que incluye los cambios fisiológicos extragenitales. Tal como lo menciona Eusebio Rubio, la posibilidad de predicción de los eventos, y de intervenir clinicamente para su modificación, se ve radicalmente modificada con la adopción de un modelo o de otro.

Es por esto ultimo, que el concepto de disfunción sexual ha sido frecuentemente discutido, ya que sus determinantes pueden encontrarse en las diferentes dimensiones que rodean la respuesta sexual del ser humano en sus perspectivas biológica, psicológica, sociocultural y antropologica.

Desde inicios de siglo, el tema de la disfunción sexual han sido frecuentemente abordado desde el campo de la psicología, fundadores de corrientes psicologicas, notaron la importancia del estudio de la sexualidad y especificamente de la disfunción sexual. Sigmund Freud en la decada de 1910, escribe *Contribuciones a la psicología del amor*, ahí expone la etiologia y proceso de lo que denomina impotencia y anorgasmia, al tiempo que retoma desde el psicoanálisis los factores de origen sociocultural. Wolpe (Leherman,1976) , fue probablemente quien inició el tratamiento que incidía directamente sobre la disfunción sexual. Mas adelante, Victor Frankl (1984) , aporta sus teorías humanistas al estudio de la sexualidad y propone un tratamiento para la disfunción sexual.

Actualmente, en textos de difusión internacional como el Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición -DSM IV- y la Clasificación

internacional de enfermedades en su décima edición -CIE 10-, se reconoce a la disfunción sexual como un problema presente en un gran número de personas

En 1995, la Asociación Psiquiátrica Americana retoma en el DSM IV (1995), el apartado sobre las disfunciones sexuales que había incluido en el DSM III, incluyendo ahora para cada uno de los trastornos sexuales un criterio de significación clínica, reformando y suprimiendo algunos criterios diagnósticos de trastornos, modificando algunos de los nombres asignados al trastorno sexual y agregando la disfunción sexual inducida por sustancias. Actualmente el DSM IV incluye seis diferentes grupos de trastornos sexuales, en los que se deben señalar especificaciones según el caso sobre si el trastorno es de toda la vida o adquirido, general o situacional, debido a factores psicológicos, o combinados. El cuadro 1 (ver apéndice) presenta una reproducción de los trastornos de disfunción sexual considerados por el DSM IV. La definición que hace la Asociación Psiquiátrica Americana en el DSM IV de las disfunciones sexuales es la siguiente "se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales, por una alteración de los procesos propios de la respuesta sexual o por dolor asociado con la realización del acto sexual"²

Adicionalmente, la Organización mundial de la salud, ha reconocido también los síndromes de disfunción sexual dentro del apartado V de la CIE 10. El cuadro 2 la reproduce (ver apéndice)

En México, la Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C. - AMSSAC -, ha desarrollado un sistema de clasificación de acuerdo a las experiencias clínicas con más de quinientos pacientes atendidos en su clínica de salud sexual (Rubio, 1994), en esta clínica, se encontró que las disfunciones sexuales más frecuentes fueron la excitación masculina inhibida, la eyaculación precoz, el deseo hipoactivo y la anorgasmia femenina. AMSSAC, también ha elaborado una clasificación de los síndromes de disfunción sexual, la cual se reproduce en el cuadro 3 (ver apéndice)

El gran número de especialistas que intervienen en el área de la salud sexual, ha causado confusión a medida que nuevas metodologías y técnicas irrumpen en el campo de la

² Asociación Psiquiátrica Americana (1995) : Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Ed Masson Barcelona, España. Pág. 505.

sexología En las últimas tres décadas, el avance en el conocimiento de la sexualidad humana ha sido considerable, aunque frecuentemente este avance en los conocimientos se traduce en múltiples y variados enfoques para el tratamiento de las dificultades sexuales (Rosen y Leiblum ; 1995) Aún actualmente, se conceptualiza a la disfunción de manera parcializada, asignando mayor importancia a la dimensión que mejor maneja el especialista, ya sea la parte conductual, médica o psicogena, entre otras

De ahí que el objetivo de la presente investigación sea describir los principales modelos de tratamiento y discutir en torno al concepto de disfunción sexual para, posteriormente, derivar en base a las aportaciones de los diferentes modelos hacia la tendencia actual de tratamiento interdisciplinario y multidimensional de la disfunción sexual. Sin embargo, esta investigación se limita a tratar la parte psicológica de la disfunción sexual, de ninguna forma intenta un análisis exhaustivo de los factores biológicos de la disfunción sexual, y reconoce su importancia en el diagnóstico y tratamiento de este síndrome

La investigación está dividida en cuatro capítulos. Los tres primeros capítulos conforman una revisión de las tres corrientes psicológicas que más han influido y aportado a la terapia sexual. El capítulo I se refiere a la teoría psicoanalítica, la cual se aborda desde el pensamiento de Sigmund Freud. El capítulo II expone la teoría conductual a partir de la teoría del aprendizaje. En el capítulo III se revisa la postura humanista, básicamente a través de Carl Rogers. En cada uno de los tres primeros capítulos, se sigue la misma estructura; inicialmente se presentan los conceptos básicos en los cuales se fundamenta la teoría, se revisa la conceptualización de la sexualidad específica de esa aproximación psicológica, a partir del autor mencionado y si no existe información al respecto, se introducen las ideas de terapeutas sexuales plenamente identificados con la aproximación tratada; posteriormente se describe la definición, etiología y proceso de la disfunción sexual de acuerdo a la postura estudiada y, finalmente se presenta el tratamiento empleado para la disfunción sexual. En el capítulo IV se analizan y discuten los hallazgos encontrados, las diferencias o similitudes entre las teorías en relación a la disfunción sexual, y se revisan algunos modelos que intentan integrar diversas aportaciones. Al final se incluyen una serie de conclusiones obtenidas a lo largo de la investigación para una comprensión más amplia de la disfunción sexual

Con la presente investigación, se desea contribuir al estudio y análisis del conocimiento de la sexualidad como un aspecto central del ser humano. Específicamente en el estudio de la disfunción sexual, se pretende posibilitar la integración de diferentes maneras de conceptualizarla, al presentar un panorama desde tres importantes corrientes psicológicas.

CAPITULO I

Sigmund Freud es el fundador de la teoría psicoanalítica. Estudió medicina en Viena y aunque en sus tiempos de estudiante predominaban las concepciones puramente somáticas, ya se conocían las explicaciones psicogénicas de las enfermedades mentales. Estados histéricos, en particular tics, parálisis, anestésias, perturbaciones de la conciencia y del lenguaje, así como ceguera histórica, eran en aquel tiempo formas de enfermedad relativamente más frecuentes que hoy; fue del interés de Freud el estudio de tales padecimientos, inicialmente mediante la técnica de hipnosis a la cual pronto cambió por la de la asociación libre, camino que le condujo al descubrimiento de la resistencia, la transferencia y la interpretación de los sueños. En los años siguientes, Freud no cesó de trabajar en un edificio teórico más y más completo: el psicoanálisis.

La concepción teórica del psicoanálisis se liga íntimamente a la actividad práctica de Sigmund Freud y a sus experiencias personales. La primera formulación completa que hizo Freud de la teoría psicoanalítica, fue en *La Interpretación de los Sueños* en el año de 1900; posteriormente a lo largo de cuatro décadas lo siguió elaborando. Freud, no concibió el psicoanálisis como una corriente terapéutica, sino que según su propia declaración, el concepto abarcaba por lo menos tres campos desahindables: a) Una teoría psicológica general de la vivencia y la acción humanas. A ella pertenecen la doctrina de las pulsiones (en particular la teoría de la libido), la teoría de la personalidad (sobre todo el modelo estructural del aparato psíquico), la psicología del desarrollo (principalmente el modelo de las etapas), y la doctrina de las neurosis. A los aspectos teóricos puros de estas abordajes, Freud los caracteriza con el término *metapsicología*. b) Un método de investigación de procesos psíquicos, que se encontraba ligado al encuadre psicoanalítico, y cuyo núcleo lo constituyen la asociación libre y la interpretación de los sueños. c) Un procedimiento para tratar perturbaciones psíquicas, que está también relacionado con el encuadre y cuyos núcleos son los fenómenos de transferencia y contratransferencia, el análisis de las resistencias y las técnicas de interpretación (Klein, 1990).

Una dificultad para la exposición de la teoría psicoanalítica, está impuesta por el hecho de que muchos conceptos tuvieron significados muy diferentes en diversas épocas y la terminología no es uniforme ni muy clara en Freud y sus partidarios; en múltiples ocasiones el significado preciso de los conceptos aislados se define por su relación recíproca. Tomando en cuenta lo anterior, se expondrán los conceptos básicos más importantes de la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud, para comprender mejor su concepción de la sexualidad y específicamente sobre las disfunciones sexuales.

CONCEPTOS BASICOS

A. TEORIA DE LA PERSONALIDAD

1. MODELO TOPICO DEL APARATO PSIQUICO

En el último capítulo de su obra de 1900, *La interpretación de los sueños*, Freud expone ya el inicial modelo tópico, es decir la diferenciación del aparato psíquico en sistemas parciales, distinguiendo entre inconciente, preconciente y conciente. Es importante aclarar que Freud pone de relieve que los historiales de conflicto elaborados en el psicoanálisis se insertaban en determinado contexto sociocultural, por eso su concepto de lo *psíquico* no debe entenderse en su actual sentido sistémico sino en un sentido global e inserto en contextos sociales.

Para explicar el funcionamiento del aparato psíquico, Freud se vale del sueño, menciona un proceso de regresión que se lleva a cabo durante el sueño, mediante el cual se tiene acceso temporal al inconciente. Primero, para la formación del sueño supone la existencia de dos instancias psíquicas, una de ellas (el preconciente) somete la actividad de la otra (inconciente) a una crítica, la instancia criticadora mantiene con la conciencia relaciones más estrechas que la criticada, la sitúa entre el inconciente y el conciente, como una pantalla. Denomina al preconciente como un sistema en el que los procesos de excitación habidos en él, pueden alcanzar sin más demora la conciencia, siempre que sean lo suficientemente intensos para la atención. Al sistema que se encuentra atrás del preconciente, lo denomina inconciente; este no tiene acceso a la conciencia sino a través del preconciente, por lo cual su proceso sufre modificaciones. Señala que la fuerza impulsora del sueño es aportada por el inconciente, aunque también se requiere del *anulamiento* con pensamientos oníricos que pertenecen al sistema preconciente, de esta forma la excitación onírica pugnará por alcanzar la conciencia, pasando por el preconciente.

Durante el día opera la censura de la resistencia, que impide este camino a la excitación onírica y durante la noche disminuye la resistencia entre inconciente y preconciente, sin embargo, dice que esto no es una peculiaridad del proceso onírico, sino

también se presenta en el recordar deliberado y otros procesos parciales del pensamiento normal (Freud, 1900). Menciona que un recuerdo sofocado o que ha permanecido inconsciente, el cual muchas veces pertenece a la infancia, puede ser *jalado* por aquellas huellas mnémicas que tengan algún tipo de relación con él. De esta forma, describe el sueño como el sustituto de una escena infantil alterado por transferencia a lo consciente; la escena infantil no puede imponer su renovación y debe conformarse con regresar como sueño. Lo que se refiere a la regresión en el sueño expresa que el soñar en su conjunto es una regresión a la condición más temprana del soñante, una reanimación de su infancia, de las motiones pulsionales que lo gobernaron entonces y los modos de expresión de que disponía. De modo que tras esta infancia individual, se promete alcanzar una perspectiva sobre la infancia filogenética, es decir sobre el desarrollo del género humano, del cual el individuo es de hecho una repetición abreviada, influida por las circunstancias congénitas de la vida (Freud, 1900). De aquí se desprende que en la formación del síntoma neurótico, la regresión juegue un papel tan importante como el sueño.

Expone que el aparato psíquico en un primer momento, obedeció al afán de mantenerse exento en lo posible de estímulos, por ello, adoptó el esquema de aparato reflejo que permitía una descarga inmediata por vías motrices a una excitación sensible llegada desde afuera, sin embargo, esta función se ve perturbada ante *el apremio de la vida* que lo asedia en forma de grandes necesidades corporales; la excitación así producida buscará entonces una salida en la motilidad a través de una alteración interna o expresión emocional, esta excitación actúa como una fuerza continua y solo sobreviene un cambio cuando existe la vivencia de satisfacción que tiene como objeto cancelar el estímulo interno. La aparición de cierta percepción es un componente esencial de la vivencia, cuya imagen, queda asociada a la huella mnémica que dejó en la memoria la excitación producida por la necesidad; por lo que, cada vez que la necesidad sobrevenga debido al enlace establecido, se producirá una "moción psíquica" que querrá investir de nuevo la imagen mnémica de aquella percepción y producir otra vez la percepción. A una motión de esta índole le denominó *deseo*, la reaparición de la percepción es el cumplimiento del deseo. Esta primera actividad del aparato apunta a una *identidad perceptiva*, o sea, repetir aquella percepción que está enlazada con la satisfacción y la necesidad, cuando la satisfacción no sobreviene y

la necesidad persiste, el aparato psíquico se ve precisado a modificar la primitiva actividad por otra secundaria y más acorde con el fin, a través de rodear el deseo para cumplirlo, lo cual consiste en detener la regresión completa de forma que no vaya más allá de la imagen mnémica, y desde esta buscar otro camino que lleve a establecer desde el mundo exterior la identidad perceptiva. Tal inhibición de la regresión y el desvío de la excitación son el cometido de un segundo sistema que dirige la motilidad voluntaria para fines recordados de antemano, solamente el deseo puede impulsar a trabajar al aparato autómico.

A la conciencia le asigna el significado de un órgano sensorial para la aprehensión de cualidades psíquicas. Puede ser excitable en la vigilia desde la periferia de todo el aparato psíquico a través de la percepción y desde las excitaciones del placer y displeacer que resultan como casi la única cualidad psíquica, de las transposiciones de energía ocurridas en el interior del aparato. En la conciencia existen dos superficies sensoriales, una volcada al percibir y la otra a los procesos del pensamiento preconciente.

Para explicar el funcionamiento del aparato psíquico, Freud introduce dos términos: *energía libre o móvil* y *energía quiescente*, sostiene que la actividad del sistema inconciente está dirigida a desahogar libremente las cantidades de excitación, mientras que el sistema preconciente debido a las investiduras que parten de él, produce una inhibición de este desahogo. El sistema inconciente es incapaz de incluir algo desagradable ya que no hace otra cosa que desear; el sistema preconciente según Freud, tiene la posibilidad de investir una representación solo si esta en condiciones de inhibir el desarrollo de displeacer que parte de ella, lo cual es la clave de la represión.

Al proceso psíquico del sistema inconciente lo denomina *proceso primario* y al que resulta de la inhibición del preconciente lo llama *proceso secundario* (Freud, 1920 a). El proceso primario tenderá a la descarga de la excitación para producir una identidad de pensamiento; en este sentido el pensamiento sería un rodeo desde el recuerdo de satisfacción hasta su ligazón a la palabra. Freud considera al sistema inconciente y preconciente como dos procesos o dos modalidades en el *decurso* de la excitación, y a la conciencia la considera como excitable por cualidades, pero carente de memoria, dicho en términos aproximativos, lo preconciente puede ser traído a la conciencia en cualquier momento, lo inconciente comúnmente no, lograrlo es tarea de la técnica psicoanalítica. En el

proceso primario no existe la lógica, la energía psíquica fluye libremente, hay coexistencia de contrarios y existen dos mecanismos que Freud denomina condensación y desplazamiento, que están presentes en el modelo del sueño (Freud ; 1990) Las leyes que rigen el proceso secundario las podemos ubicar dentro de las categorías cognitivas que tenemos.

En resumen, Freud caracteriza como preconciente aquel material que si no es conciente siempre, puede ser reproducido y recordado casi a voluntad , es entonces un material susceptible de conciencia, que no ha sido reprimido sino que por el momento se ha retraído de la conciencia actual a fin de aumentar la capacidad funcional del organismo. En cambio, los contenidos de lo inconciente, en particular los del Ello, son convenientemente alejados de la conciencia por el organismo porque la dimensión de las exigencias pulsionales sería demasiado temible ; entonces, estos contenidos no tienen un acceso a la conciencia tan fácil como lo preconciente, siendo preciso inferirlos y conjeturarlos casi siempre tras vencer enormes resistencias

2. MODELO ESTRUCTURAL DEL APARATO PSIQUICO

En los años de 1923, 1926, 1933 y 1940, Freud formula la estructura del aparato psíquico y no desecha su anterior modelo tópico, sino que intenta armonizar los dos. En relación con los tres niveles de conciencia ya definidos en el modelo tópico, Freud distingue también tres ámbitos (reinos, instancias o provincias psíquicas) a saber : el Ello, el Yo y el Superyó, quienes guardan una estrecha relación entre si.

En *El yo y el ello* (1923 b), ofrece una descripción de la psique y su operación. Denomina Yo a la representación de una organización coherente de los procesos anímicos en una persona, de este Yo depende la conciencia, lo define como una instancia anímica que ejerce un control sobre sus procesos parciales y que por la noche deja tal control, no obstante aplica la censura onírica. Menciona que de este Yo parten represiones, a raíz de las cuales ciertas aspiraciones anímicas deben ser excluidas de la conciencia y de otras modalidades de vigencia y de quehacer , en el Yo, dice que hay una parte inconciente, que exterioriza efectos intensos sin devenir a su vez conciente y que se necesita de un trabajo particular para hacerlo conciente (Freud , 1923 b). En *Más allá del principio del placer*,

1920 a, dice que la conciencia es la superficie del aparato anímico y que el Yo es el vínculo con la percepción externa, por lo tanto el Yo es la esencia del sistema. En cuanto al vínculo del Yo con la percepción interna plantea que ésta proporciona sensaciones de procesos que vienen de los estratos más diversos y profundos del aparato anímico y son mal conocidos, considera como su mejor paradigma el placer-displacer. Resalta que la importancia fundamental del Yo radica en sus funciones: el establecimiento del ordenamiento de los procesos anímicos y el someterlos al examen de la realidad (planteado inicialmente en *Lo inconciente*, 1915 d), el aplazar las descargas motrices y el gobierno de los accesos a la motilidad (a través de los procesos del pensamiento, señalado en *Formulaciones sobre los dos principios del carácter psíquico*, 1914 d), el enriquecimiento a raíz de todas las experiencias de vida que vienen desde afuera, la sustracción de libido del Ello, la transformación de las investiduras de objeto del Ello en formaciones del Yo y la nutrición de las experiencias de la prehistoria almacenadas en el Ello, con ayuda del Superyo. En cuanto a la endebles del Yo señala que está sometido a tres servidumbres: el mundo exterior, la libido del Ello y la severidad del Superyo. En *¿Pueden los legos ejercer el análisis?*, 1926 b, dice que el Yo visto desde afuera sería real y efectivamente lo superficial, mientras que el Ello lo más profundo. Sitúa al Yo entre la realidad y el Ello, distingue al Yo del Ello, por su carácter de unificación y síntesis, mientras que el Ello carece de este carácter, y es por así decirlo incoherente. Así, en el interior del Yo, los procesos cognitivos tienen la cualidad de lo preconciente, cualidad propia del Yo, mientras que la cualidad que prevalece en el Ello es inconciente. El Ello e inconciente se copertenece de manera tan íntima como Yo y preconciente. El Yo es aquella parte del Ello que ha sido modificada por su proximidad e influjo del mundo exterior, instituida por la recepción de estímulos y su protección frente a estos. Para el Yo el vínculo con la realidad se ha vuelto decisivo, pues tiene la tarea de subrogar el mundo exterior ante el Ello, para tal fin el Yo se ve precisado a observar el mundo exterior y precipitar una copia fiel de este en las huellas mnémicas de sus percepciones, aportar mediante la actividad del examen de la realidad lo que las fuentes de excitación interior han añadido a ese cuadro del mundo exterior. Igualmente el Yo gobierna los accesos a la motilidad y por encargo del Ello, ha interpolado entre necesidad y acción al aplazamiento del trabajo del pensamiento, en cuyo transcurso recurre a los restos mnémicos

de la experiencia, dándole prioridad al principio de la realidad que promete mayor seguridad y éxito. En cuanto al aspecto dinámico, el Yo es endeble, ya que toma prestadas del Ello sus energías, pues se ha separado de una parte del Ello a través de resistencias de represión, y la represión no se continúa en el interior del Ello, sino que lo reprimido confluye con el resto del Ello. En relación a este último punto, escribe que no debe concebirse al Yo, Ello y Superyó como fronteras tajantes, sino con fronteras que se pierden entre sí.

Considera que lo reprimido confluye en el Ello, puesto que lo reprimido solo es segregado tajantemente del Yo por las resistencias de represión, pero se puede comunicar con el Yo a través del Ello. Así pues concibe al Yo como una parte del Ello alterada por la influencia directa del mundo exterior; además, el Yo se empeña en hacer valer sobre el Ello el influjo del mundo exterior, se afana por reemplazar el principio del placer, que rige irrestrictamente en el Ello, por el principio de la realidad. Para el Yo la percepción cumple el papel que en el Ello corresponde a la pulsión. El Yo es el representante de lo que puede llamarse razón, prudencia, en oposición al Ello que contiene las pasiones. Señala dos caminos por los cuales el contenido del Ello puede penetrar el Yo: el directo y otro que pasa a través del *Ideal del Yo*. El Yo se desarrolla desde la percepción de las pulsiones hacia su gobierno sobre estas, desde la obediencia a las pulsiones hacia su inhibición; en esta operación participa intensamente el ideal del Yo, siendo así una formación reactiva contra los procesos pulsionales del Ello. Señala que las fuerzas que dan energía al aparato psíquico son las grandes necesidades corporales a las que denomina *pulsiones*; es el Ello quien está conformado de pulsiones y de las cuales se deriva su energía; mientras que la energía del Yo se deriva del Ello. Hace hincapié en que los procesos del inconciente, los cuales se encuentran en su mayor parte en el Ello, se rigen por el proceso primario, en tanto que en el Yo el proceso secundario regula los decursos en lo preconciente. El núcleo de nuestro ser es el Ello, pero el no comercia de manera directa con el exterior; en el interior del Ello, las pulsiones Eros y Destrucción pretenden alcanzar la satisfacción de objetos del mundo exterior, pero tal satisfacción pulsional instantánea y sin miramientos llevaría a conflictos peligrosos con el mundo exterior y en ocasiones podrían llevar al aniquilamiento. El aparato psíquico en conjunto regula su actividad mediante las sensaciones placer-displacer; una disminución de la tensión de la necesidad es sentida por la conciencia como

placentera, y un aumento es sentido como displacer. En *La descomposición de la personalidad psíquica*, 1933a , dice que el Ello se rige por el principio del placer. En *Esquema del psicoanálisis*, 1940 a, se refiere al Ello como la instancia psíquica más antigua, cuyo contenido es todo lo heredado, lo que se trae con el nacimiento, lo establecido constitucionalmente, en especie, las pulsiones provenientes de la organización corporal, que encuentran en el Ello, una expresión psíquica.

Indica que el Superyó tiene una posición especial entre el Yo y el Ello ya que es el portador de la conciencia moral y está situado en el interior del Yo. Inicialmente el niño es amoral, no posee inhibiciones internas contra sus impulsos que quieren alcanzar el placer. La forma en que el Superyó se desempeña primero es mediante una autoridad externa, esto es la parental. Este influjo de los progenitores rige al niño otorgándole pruebas de amor y no puede menos que temerse por sí mismo , enfatiza que esta angustia realista es la precursora de la posterior angustia moral, y en lugar de la instancia parental aparece el Superyó que ahora observa, guía y amenaza al Yo, exactamente igual como antes hicieron los padres con el niño. El Superyó toma solo el rigor y la severidad de los padres, su función prohibitoria y punitoria. Freud menciona que más adelante el Superyó retoma los influjos de las personas que han pasado a ocupar el lugar de los progenitores, tales como educadores, maestros y otros arquetipos ideales. En *La descomposición de la personalidad psíquica*, 1933 a, adjudica al Superyó una función importante como el portador del Yo, con el que el Yo se mide, al que aspira alcanzar y cuya exigencia de una perfección cada vez más vasta se empeña en cumplir. El Superyó del niño no se edifica en verdad según el modelo de sus progenitores, sino según el Superyó de ellos, se llena de los mismos contenidos, deviene portador de la tradición, de todas las valoraciones perdurables que se han reproducido por este camino a lo largo de las generaciones. Para la teorización del Superyó, Freud retomó lo averiguado por él en relación al desarrollo psicosexual del individuo, la descomposición bisexual, el proceso de identificación con los progenitores, la elección de objeto y el complejo de Edipo (formulado en *Tres ensayos sobre una teoría sexual*, 1905 b) , así como al narcisismo (*Introducción al narcisismo*, 1914e). De esta manera el Superyó conserva el carácter del padre, y en tanto más intenso sea el complejo de Edipo, más rápido se producirá su represión (debido al influjo de la autoridad, la religión, la enseñanza, etc) y

más riguroso devendrá después el imperio del Superyó como conciencia moral, y tal vez como sentimiento de culpa. Para Freud la génesis del Superyó es el resultado de dos factores biológicos : el desvalimiento y la dependencia del ser humano durante su prolongada infancia y el arranque de la sexualidad en dos tiempos. Al ideal del Yo lo considera como la herencia del complejo de Edipo, como la expresión de las más potentes nociones y los más importantes destinos libidinales del Ello. El Superyó es independiente del *Yo consciente*, se encuentra íntimamente vinculado con el *Ello inconsciente*. Señala que el Ello y Superyó coinciden en tanto representan los influjos del pasado ; el Ello, los del pasado heredado y el Superyó en lo esencial , los del pasado asumido por otros. Mientras que el Yo, está comandado principalmente por lo que uno mismo ha vivenciado.

En resumen, en el Ello se agitan las pulsiones biológicas originarias en su forma animal, no socializada. Se trata por consiguiente de las necesidades elementales y los impulsos primarios, que ya no admiten ulterior análisis ; por eso tanto en el desarrollo individual como en el de la especie, el Ello es la instancia más antigua, la cual contribuye no poco a explicar su importancia para la naturaleza de cada ser humano durante toda la vida. Como el Ello recibe toda su energía de los órganos interiores y no mantiene contacto directo con el mundo exterior, las necesidades básicas se esfuerzan hacia una satisfacción desconsiderada e inmediata , esto, si las otras dos instancias no lo corrigieran, llevaría a permanentes conflictos con el mundo exterior, con riesgo de muerte.

El Superyó representa en cambio, las ideas valorativas, morales y éticas, las normas y la moral de la sociedad (o de los padres) , por lo tanto incluye el ámbito normativo de mandamientos y prohibiciones, y tiene función de conciencia moral. No hay duda de que al comienzo estas dudas y valores pertenecen exclusivamente al mundo exterior, pero transcurridos pocos años de vida se convierten en parte del mundo interior en calidad de nueva instancia psíquica. Por eso la conciencia moral, que no integra el mundo exterior sino el mundo interior, retoma tareas que al comienzo eran propias de personas del mundo exterior (sobre todo los padres) , en particular, vigilancia, castigo, regulación de las actividades que nacen del Ello.

El Yo tiene que producir una síntesis entre esas dos instancias en la forma de un compromiso : procurar a las necesidades básicas emocionales y a los compromisos

pulsionales un cumplimiento acorde con la realidad, pero al mismo tiempo tomar en cuenta las restricciones provenientes del Superyó y cuidar de que la persona no entre en conflictos muy serios con las normas del mundo circundante. El Yo está entonces encargado de mantener el vínculo con la realidad, para esto es la instancia central de decisión y el administrador del obrar conciente en la forma de autocontroles situados entre los deseos caóticos del Ello y las limitaciones normativas del Superyó. En cuanto a la relación entre el Yo y el Superyó cabe señalar que este puede pedir cuentas al Yo no sólo por sus obras sino también por sus pensamientos y acciones incumplidas. La tarea yoica de encontrar una síntesis acorde con la realidad entre las exigencias del Ello y las del Superyó corresponde a la conciencia, para esto se vale de los movimientos voluntarios, la percepción, la memoria, etc. También son conciente partes de la trama normativa de mandamientos y de las representaciones valorativas de índole moral, que pertenecen al Superyó, aunque algunas de éstas que se aceptaron en la primera infancia pueden no ser concientes. El Ello con sus exigencias pulsionales vitales es inconciente.

3. DOCTRINA DE LAS PULSIONES

El núcleo de nuestro ser, dice Freud, es el Ello, al que le interesa satisfacer de la manera más perentoria sus necesidades, que trae constitucionalmente desde el nacimiento. Freud llama pulsiones a las fuerzas supuestas tras las tensiones de necesidad del Ello; en última instancia, extraen su energía de fuentes de naturaleza fisiológica. Es cierto que se pueden distinguir muy variadas pulsiones, pero todas se reconducen a dos pulsiones fundamentales: *Eros*, que se define también como pulsión de amor o pulsión de autoconservación, corporiza el principio del placer y sirve también a la reproducción; la meta de Eros es producir y conservar unidades cada vez más grandes por medio de ligazones. La otra *Tánatos*, también denominada pulsión de muerte o destrucción que fue introducida por Freud mucho más tarde, persigue en cambio la meta de disolver conexiones y de este modo destruir las cosas. Estas dos pulsiones fundamentales se conjugan y, en diversas combinaciones - en la forma de diversas pulsiones parciales subordinadas-, producen la variedad de los fenómenos de la vida.

La energía que está en la base de Eros se llama libido (para la energía Tánatos no existe denominación, tal vez porque en el momento en que se introdujo esta noción -1920- las cuestiones energéticas pasaban a segundo plano) En cuanto a la idea de la pulsión de destrucción y muerte, Freud la desarrolló bajo la impresión de la Primera Guerra Mundial, en particular a raíz de las experiencias hechas en el tratamiento de soldados que habían sufrido experiencias traumáticas y tendían a recapitular una y otra vez estas vivencias negativas en sueños, relatos, etc. Algo semejante descubrió Freud después en otras personas que habían tenido vivencias traumáticas. Esto lo condujo por un lado a la idea de la pulsión de muerte y, por el otro, a la de *compulsión de repetición*, como estrategia de solución del problema que el paciente ha elegido inconcientemente.

Tánatos aspira a la resolución total de las tensiones, es decir en definitiva a retrotraer al ser vivo al estado inorgánico. Pasa por transformaciones en el curso del desarrollo del individuo, al comienzo es una pulsión autodestructiva que terminaría por llevarlo a la muerte; para que se conserve con vida, una parte de su energía se vuelve hacia afuera. Esta energía destructiva dirigida hacia afuera se exterioriza como agresión y destrucción. Freud menciona que reprimir la agresión es en general insano y produce efectos patológicos. Si una fracción demasiado grande de esta energía es fijada por el Superyó en el interior del Yo, tiene efectos autodestructivos. Otra parte de esa energía es canalizada y dirigida hacia metas nuevas.

4. TEORIA DE LA LIBIDO

Resulta difícil dar una definición acabada de la libido, esto al parecer se debe a dos razones fundamentales: por un lado, la teoría de la libido evolucionó de manera conjunta con las diferentes etapas de la teoría de las pulsiones; y por el otro el concepto mismo dista mucho de haber recibido una definición unívoca.

No obstante, es posible señalar que Freud atribuyó a la libido siempre dos características originales: un carácter cuantitativo en donde definió a la libido como "una fuerza susceptible de variaciones cuantitativas, que podía medir procesos y transposiciones en el ámbito de la excitación sexual" (y donde su) producción, aumento o disminución, su

distribución y desplazamiento, están destinados a ofrecernos la posibilidad de explicar los fenómenos psicosexuales observados (el segundo carácter es de índole cualitativo, y define a la libido como) "la energía de la pulsión sexual"³ Este último aspecto de la libido es el que prevalece en la teoría de la libido (Freud , 1905 b)

En relación al carácter cuantitativo, expresa "Al separar la energía libidinosa de otras clases de energía psíquica damos la expresión a la premisa de que los procesos sexuales del organismo se diferencian de los procesos particulares de nutrición por un quimismo particular"⁴ Este carácter de la libido en una primera concepción se opone a las pulsiones de autoconservación , pero cuando estas aparecen como de naturaleza libidinal, tal oposición se desplaza para convertirse en la existente entre libido y pulsiones de muerte. De esta manera se mantiene el carácter sexual de la libido

Las dos características mencionadas las encontramos en su escrito *Psicología de las masas y análisis del Yo*, 1921, en el cual define a la libido como "una expresión tomada de la doctrina de la afectividad. Llamamos así a la energía, considerada como energía cuantitativa - aunque por ahora no medible -, de aquellas pulsiones que tienen que ver con todo lo que puede sintetizarse como amor"⁵

Según Freud la libido conoce transformaciones en el curso del desarrollo del individuo : al comienzo, en el narcisismo primario absoluto la libido total se vuelca sobre el yo propio ; después el yo comienza a investir con libido la representación de objetos - casi siempre otras personas, pero muchas veces también otros materiales- , es aquí donde la libido narcisista se ha transformado en libido de objeto, proceso que Freud denomina *investidura*. Según Freud, lo típico de la investidura libidinal de los objetos es la gran movilidad con que la libido pasa de un objeto a otro , no obstante también se producen fijaciones de esta a objetos muy determinados, que suelen durar toda la vida. Aunque muchas investiduras libidinales son reprimidas porque entran en conflicto con la moral, la libido conserva su energía originaria. En el caso positivo sobreviene después su

³ Freud S (1905b) Tres ensayos de teoría sexual. Obras Completas. Vol 7. Ed Amorrortu. 1980. Buenos Aires, Argentina. Pág. 198

⁴ Idem.

⁵ Freud S (1921) : *Psicología de las masas y análisis del Yo*. Obras Completas. Vol 18. Ed Amorrortu. 1980. Buenos Aires, Argentina. Pág. 86.

transposición al ámbito espiritual o artístico por medio de la sublimación. En el caso desfavorable, produce diversos síntomas que se manifiestan psíquicamente, en forma de neurosis o corporalmente como conversión.

5. EVOLUCIÓN DE LA LIBIDO

Freud menciona que la vida sexual no comienza sólo con la pubertad sino que se instala poco después del nacimiento con exteriorizaciones nitidas, es decir desde la infancia (Freud, 1905 b). Si en el lenguaje corriente sexual se suele asimilar a genital, Freud distingue con claridad estos conceptos: entiende la vida sexual en su sentido esencialmente más amplio, a saber, como la función global de la ganancia de placer desde las zonas del cuerpo (una función que sólo con posterioridad se pone al servicio de la reproducción), de esta forma sexualidad abarca, en consecuencia, la organización total de la libido. La organización infantil de la sexualidad se organiza a través de las fases libidinales que son una serie de etapas en las cuales la búsqueda del placer se centra en forma selectiva en una parte del cuerpo, es decir, fase libidinal se refiere a una etapa del desarrollo del niño caracterizada por una organización de la libido bajo la primacía de una zona erógena y por el predominio de una forma de relación con el objeto. Aclarando el concepto de zona erógena, ésta es un sector de piel o mucosa en el que estimulaciones de cierta clase provocan una sensación placentera de determinada cualidad. La erogenicidad puede producirse predominantemente en ciertas partes del cuerpo existiendo zonas que son privilegiadas, cualquier sector del cuerpo puede estar dotado de excitabilidad y transformarse en una zona erógena. La excitabilidad de la pulsión infantil consiste en producir satisfacción mediante la estimulación de una zona erógena que se ha escogido y para que se cree una necesidad de repetirla, esa satisfacción tiene que haberse evidenciado antes. Lo que caracteriza a la fase libidinal es un determinado modo de organización de la vida sexual; es decir, no hay una libido específicamente oral, anal o genital, sino una sola libido que puede desplazarse de una zona a otra.

Freud distingue diferentes fases en el desarrollo de la organización sexual, las denomina pregenitales y bajo este término agrupa aquellas organizaciones de la vida sexual

en las que las zonas genitales aún no han alcanzado su supremacía. El modelo de las fases postula que diferentes órganos, en una secuencia bien determinada, entran en escena unos después de otros como zonas erógenas: primero la boca (fase oral), después el ano (fase anal), luego el genital (masculino: fase fálica) y transcurrida una fase de latencia, en la pubertad, los genitales (masculinos y femeninos: fase genital). En cada fase la ganancia de placer se concentra en variedades bien determinadas que son definidas como *fijaciones* . Hasta esas fijaciones se retrocederá posteriormente, sobre todo en situaciones de crisis, estos retrocesos reciben el nombre de *regresiones* . En paralelismo con estas fases se vivencia el complejo de Edipo que alcanza su punto culminante en la fase anal.

FASE ORAL

La fase oral se extiende más o menos por todo el primer año de vida, tiene como meta la incorporación del objeto, modelo que posteriormente en calidad de identificación desempeñará un papel importante. (Freud, 1905b) Como primera manifestación de la sexualidad del niño, después del nacimiento, se observa un predominio de la obtención de placer por la zona de la boca. La satisfacción sexual se realiza en forma simultánea con la actividad autoconservadora, que es la que relaciona al niño con el mundo exterior, este es el concepto de la *doble función* , la sexualidad aparece vinculada directamente a placer, apoyada en una función necesaria para la conservación de la vida, pero desligada de ella en la medida en que no está a su servicio.

La acción del chupeteo se rige por una búsqueda de placer, el movimiento de succión con los labios, repetidos rítmicamente y que no tiene por fin la nutrición, es el origen de las primeras experiencias de placer. Si la función más importante para la vida del niño en sus orígenes es mamar del pecho materno, el chupeteo se apoya en esta función, pero no permanece ligada. El quehacer sexual se apuntala inicialmente en una de las funciones que sirven a la conservación de la vida y sólo más tarde se independiza de ella. La necesidad de repetir la satisfacción en un placer que está ligado a la succión se separa de la necesidad de buscar alimento, esta separación se vuelve inevitable cuando aparecen los dientes y la alimentación ya no se cumple únicamente mamando, sino masticando. En este caso el niño en el chupeteo no se sirve de objeto ajeno para chupar, sino que utiliza su propio cuerpo. Hasta aquí notamos que la satisfacción nace apuntalándose en una de las funciones

importantes de la vida que es autoerótica, puesto que todavía no conoce objeto sexual y que se encuentra bajo el influjo y dominio de una zona erógena.

Una consecuencia importante de esta fase es la meta sexual consistente en la incorporación del objeto, el cual va a ser el modelo de lo que más tarde será el proceso de identificación el cual desempeña un importante papel en la constitución del psiquismo

FASE ANAL.

En la segunda fase, que va del segundo al tercer año de vida, la libido se desplaza hacia el ano, el placer radica en la excreción de las heces fecales, entran en juego la función de la excreta y la satisfacción de las agresiones. Se despliegan en ella tendencias opuestas que atraviesan la vida sexual cuya característica es no ser aún ni masculinas ni femeninas, sino que podemos ubicarlas dentro del orden de lo activo y la pasivo (Freud, 1905b). La actividad es producida por la pulsión de apoderamiento a través de la musculatura del cuerpo y como órgano de meta sexual pasiva se constituye ante todo la mucosa erógena del intestino. Es decir, que si los comienzos de la vida están marcados por la modalidad oral, el control de esfínteres sitúa el primer descubrimiento de una situación de ambivalencia. Los excrementos son vividos como objetos valiosos, partes del propio cuerpo, de los cuales al niño le costará desprenderse y la respuesta al pedido de control por parte de la madre será considerada por parte del niño como una forma de recompensa, regalo, signo de entendimiento, así como la negativa a este control, será una forma de rehusarse a los deseos de ella, de esta forma, el entrenamiento para la limpieza es un ejercicio de poder por parte de los padres y se contraponen a la vivencia del propio poder por parte del niño quien puede dar o rehusar, y esto marcará una zona de conflictos si el niño siente que debe oponerse fuertemente a los deseos de la madre.

El placer fijado en esta etapa al tracto intraintestinal y a los esfínteres anales estará relacionado con el poder efectivo sobre la madre a que el niño puede recompensar o no. La prohibición de jugar con los excrementos en nombre del asco que esto produce en el adulto, la expulsión a horas fijas, el no jugar a la retención con el consiguiente placer que podría producirle, constituye una renuncia. Pero esta renuncia a un placer está constituido por el reconocimiento amoroso de la madre y la identificación con los adultos; sin embargo, el

modo de relación inaugurado en relación a los excrementos no puede desaparecer, por lo cual el niño debe encontrar sustitutos sobre los cuales desplazar esta modalidad.

Freud subraya que en esta fase ya son *pesquisables* la polaridad sexual y el objeto ajeno, le atribuye un caracter ambivalente puesto que "los pares de opuestos pulsionales están plasmados en un grado aproximadamente igual"⁶; en el mismo escrito menciona que de manera regular en la niñez ya se consume una elección de objeto, la cual va a ser característica de la pubertad "el conjunto de los afanes sexuales se dirige a una persona única, y en ella quieren alcanzar su meta. He ahí, el máximo acercamiento posible en la infancia a la conformación definitiva que la vida sexual presentará después de la pubertad. La diferencia de esta última reside solo en el hecho de que la unificación de las pulsiones parciales y su subordinación al primado de los genitales no son establecidos en la infancia, o lo son de manera muy incompleta. Por tanto la instauración de ese primado al servicio de la reproducción es la última fase por la que atraviesa la organización sexual"⁷.

FASE FALICA

Abarca más o menos del cuarto al sexto año de vida, según Freud tiene eficacia sobre todo el genital masculino (Freud, 1923e). Hoy se cuestiona mucho su concepción según la cual el genital femenino permanece ignoto por mucho tiempo, en relación a esto Karen Horney, Melanie Klein, Ernest Jones, entre otros han atribuido a la niña una sexualidad específica desde el comienzo; el feminismo critica en particular, acerca de esto, que el psicoanálisis se haya concentrado con exclusividad en el pene como órgano sexual, dejando de lado ámbitos de una sexualidad típicamente femenina como la menstruación, el embarazo y el parto, entre otros.

Al llegar a su término la sexualidad infantil, la concentración genital de todas las excitaciones sexuales es un hecho. El interés por los genitales, y por la masturbación genital alcanza una importancia dominante, e incluso se ve aparecer una especie de orgasmo genital.

En la etapa fálica el varón se ha identificado con su pene, la elevada valoración narcisística de éste órgano es explicada por el hecho de que precisamente en esta época éste órgano se hace tan rico en sensaciones y aparecen en primer plano tendencias activas de

⁶ Freud S (1905b) "Tres ensayos de teoría sexual", Obras Completas, Vol 7, Ed Amorrortu, 1980, Buenos Aires, Argentina, Pág. 180.

⁷ *Op. cit.*, Pág. 182.

usarlo para fines de penetración. El temor de que algo pueda sucederle a éste órgano sensitivo ypreciado se llama *angustia de castración*. Según Freud, describe en *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*, (1909c) que incluso las experiencias que objetivamente no serían amenaza en este sentido, pueden ser mal interpretadas por un niño de conciencia culpable, por ejemplo, la experiencia de ver en las mujeres que efectivamente hay seres que no tienen pene. En *La organización genital infantil*, Freud (1923c) dice que el niño de esta edad todavía no toma posesión del pene como un hecho que determina el sexo de las personas, no distingue a éstas en términos de masculino y femenino, sino en términos de tener pene o estar castrado, de modo, que cuando se ve obligado a aceptar la existencia de personas que carecen de pene, supone que estas personas alguna vez lo tuvieron y luego lo perdieron.

En cuanto a la niña, el clitoris es en este periodo la parte del aparato genital más rico en sensaciones y que atrae y descarga toda excitación sexual, el clitoris es el foco de las prácticas masturbatorias, y según Freud la niña también divide a las personas en fállicas y castradas, de modo que su forma de reaccionar ante la falta de pene en ella es la actitud de *también quisiera tener uno o yo también tuve uno y lo perdí*, frases citadas de *Sobre la sexualidad femenina* (Freud, 1931b). Con ello la niña se siente en una situación de desventaja y entra en un conflicto psicológico acerca de la envidia del pene.

Complejo de Edipo

El supuesto de Freud de que el pene es el único órgano genital en la fase fállica tiene mucha importancia para ciertos modelos explicativos del psicoanálisis, en la medida en que los dos sexos parten de la premisa de la universalidad del pene, la niña vive su *falta de pene* (o su inferioridad clitorisina) y desarrolla una *envidia al pene*; en cambio, el varón desarrolla angustias de castración (Freud, 1931b).

En esta línea se sitúa el complejo de Edipo, así llamado por el héroe de la tragedia de Sófocles *Edipo Rey*, quien sin saberlo mató a su padre y se casó con su madre. El varón, desde muy pequeño, establece una ligazón libidinosa con la madre, del padre, en cambio, se apodera al comienzo por vía de identificación. El complejo de Edipo se desarrolla por el refuerzo de los deseos sexuales dirigidos a la madre y el conocimiento de que el padre los contraría; la identificación-padre adquiere entonces una tonalidad hostil, nace el deseo de

eliminar al padre para sustituirlo ante la madre y poder realizar su *aspiración tierna de objeto*. A causa de las angustias de castración y de la inviabilidad de los deseos edípicos, el complejo de Edipo se disuelve (o sucumbe, lo que caracteriza mejor el carácter de la represión) para reanimarse en la pubertad. La instauración del Superyó pone fin a las pulsiones del complejo de Edipo, el Superyó es para Freud el heredero del complejo de Edipo. (Freud, 1923b)

La concepción del complejo de Edipo para el caso de la niña fue modificada completamente por Freud⁸, todavía hasta mediados de la década de 1920, este complejo se consideraba análogo al del varón, es decir actitud libidinosa femenina hacia el padre y sustitución de la madre, después los procesos relacionados con el complejo de Edipo fementino sufrieron una complicación sustancial.

En esta fase se pone en tela de juicio la universalidad antropológico-etnológica que Freud atribuyó al complejo de Edipo (en *Totem y Tabú*, 1913), desarrolló la idea del parricidio en la horda primordial). Además, ya señalamos que el valor que le atribuyó tal vez no fue del todo independiente del descubrimiento que él hizo en su autoanálisis de sus propios deseos libidinosos hacia su madre. Sin embargo, por lo menos muchos psicoanalistas ortodoxos freudianos siguen considerando el complejo de Edipo y las diversas formas de su resolución (por ejemplo la represión) como un punto de referencia esencial de la psicopatología.

FASE DE LATENCIA

En esta fase los impulsos sexuales no desempeñan casi papel alguno, en cambio se configuran impulsiones sociales. Primeramente, la influencia del Superyó se manifiesta típicamente después de la resolución del complejo de Edipo, como una interrupción o una disminución de las actividades masturbatorias y de los intereses de carácter instintivo en general (Freud, 1923e); establece que este período de latencia – en el cual tienen lugar los *poderes amínicos* que posteriormente se van a presentar como inhibiciones en el transcurso de la pulsión sexual – en forma de “diques” – el asco, el sentimiento de vergüenza, los

⁸ El concepto de *complejo* proviene de la terminología de C. G. Jung; la propuesta de este de hablar de un complejo de Electra para la niña, es decir, el correspondiente de Edipo en la saga griega, fue desautorizada de manera expresa por Freud.

reclamos ideales en lo estético y lo moral”⁹, no niega, refiriéndose al niño civilizado, la gran contribución que la educación tiene en la formación de estos diques, pero resalta “en realidad este desarrollo es de condicionamiento orgánico, fijado hereditariamente, y llegando el caso puede producirse sin ninguna ayuda de la educación”¹⁰, de la misma manera, indica que a la par del comienzo de esta fase, y debido a que las mociones pulsionales son constantes y no cesan aún en este período, la energía sexual es desviada hacia otros fines a este proceso mediante el cual las fuerzas pulsionales sexuales son desviadas y encaminadas hacia nuevas metas no sexuales, lo denomina *sublimación*. Plantea que por un lado las mociones sexuales en la infancia son inaplicables, en virtud de que la función reproductora no está aún presente y por otro lado “serían en sí perversas”, parten de zonas erógenas y se sustentan en pulsiones que de acuerdo al desarrollo sexual del individuo solo producirían sensaciones de displacer, es por ello que “suscitan fuerzas antitéticas contrarias (mociones reactivas) que contribuyen, para la eficaz sofocación de displacer, los mencionados diques: aseo, vergüenza y moral”¹¹. Según Fenichel, 1986, tienen lugar los cambios de los instintos parciales por la inhibición de sus fines, sublimaciones de diversa índole, y a menudo formaciones reactivas. La consolidación del carácter de la persona, es decir, su manera habitual de manejar las exigencias externas e internas, se produce durante este período. De esta forma el relativo equilibrio del período de latencia se prolonga hasta la pubertad.

Freud piensa que los primeros vínculos sexuales que se den en el período de latencia son los más importantes de todos, ya que cuando la actividad se separa de la nutrición queda una parte considerable de tales vínculos que ayudan a preparar la elección de objeto y a restaurar la dicha perdida. Precisa que durante el período de latencia el niño aprende a amar a otras personas que le ayudan en su desvalimiento y satisfacen sus necesidades; siguiendo sus vínculos de lactante con la nodriza (Freud, 1905b)

⁹ Freud S (1923e) La organización genital infantil (una interpretación de la teoría de la sexualidad). Obras completas Vol 19. Ed Amorrortu. 1980. Buenos Aires, Argentina. Pág. 161.

¹⁰ Idem.

¹¹ Freud S (1905b) Tres ensayos de teoría sexual. Obras Completas. Vol 7. Ed Amorrortu. 1980. Buenos Aires, Argentina. Pág. 180.

FASE GENITAL

Esta fase empieza en la pubertad, y es aquí donde vuelve a activarse plenamente la vida sexual, en este momento es donde se produce una intensificación biológica de los impulsos sexuales. El Yo se ha desarrollado y ahora reacciona dependiendo en su mayor parte de la experiencia previa. Todos los fenómenos psíquicos característicos de la pubertad pueden ser considerados como tentativas de restablecer el equilibrio perturbado. La maduración normal se va efectuando de un modo tal que, una vez alcanzada la primacía genital, el Yo acepta la sexualidad como un componente normal de su personalidad y aprende a adaptarse a ella, en caso común se dirige entonces a un compañero del sexo opuesto ajeno a la familia.

En esta fase se alcanza una organización plena y queda establecido el siguiente estado: se conservan muchas investiduras libidinales tempranas, estas son acogidas dentro de la función sexual como unos actos preparatorios, de apoyo, cuya satisfacción da por resultado el llamado placer previo, otras aspiraciones son excluidas de la organización y son por completo sofocadas (reprimidas) o bien experimentan una aplicación diversa dentro del Yo, forman rasgos de carácter, padecen sublimaciones o desplazamiento de meta (Freud, 1940 [1938]).

6. DOCTRINA DE LAS NEUROSIS

El núcleo de todo conflicto está formado en principio por dos o más demandas opuestas originadas en distintos ámbitos de la interioridad del individuo, por ejemplo, se pueden producir conflictos entre las pulsiones o entre las instancias del aparato psíquico, o entre deseos y *defensa*.¹²

Si el conflicto es demasiado grande o si la dinámica defensiva se matogra, aquello que fue objeto de la defensa se manifiesta en forma desfigurada como síntoma neurótico. En consecuencia la formación del síntoma se debe concebir hasta cierto punto como un proceso específico de autocuración porque restablece un equilibrio de fuerzas, sin embargo, esto

¹² Defensa se debe entender como el conjunto de los procesos físicos y psíquicos destinados, de manera inconsciente la mayor parte de las veces, a eliminar en lo posible los riesgos para la integridad del individuo y para el sentimiento de su propio valer.

último se lleva a cabo en un nivel reducido y con un resultado que en definitiva es insatisfactorio. En principio las neurosis y sus síntomas son consideradas como resultados de los intentos de llegar a un compromiso

Las formas de la defensa guardan relación directa con el desarrollo psicosexual. Inhibiciones de este desarrollo tienen por consecuencia después fijaciones de la libido a estados de fases anteriores, lo que determinará la estructura general de la personalidad y también la manera en que se intentará dominar las crisis sobrevinientes. Pero en lugar de producir una inhibición del desarrollo, un conflicto mal resuelto correspondiente a una fase puede hacer que ante dificultades reales la libido posteriormente retroceda hasta investiduras pregenitales tempranas, a esto se le denomina *regresión*. Esto se aplica también a personas que han alcanzado la organización genital plena

Por lo hasta aquí expuesto, Freud considera que la primera infancia es decisiva como semilla para la génesis de las neurosis, ello se debe a que en este período la estructura-yo es todavía débil y se encuentra en el proceso de su desarrollo (Freud, 1923b). Los conflictos infantiles son entonces los que llevan a un debilitamiento del yo, a las posturas defensivas y represiones características, y son ellos los que se reactivan en la formación de un síntoma neurótico. Es por esto que en el psicoanálisis la técnica de tratamiento que se coloca en el centro de la terapia, es el trabajo defensivo del yo y, en consecuencia, lo reprimido y la resistencia frente al recuerdo de lo reprimido

Ya en 1894, Freud postula que las neurosis resultan de una inadecuación entre la satisfacción sexual y el encuentro sexual, o bien hay un exceso de satisfacción sexual fuera del encuentro y entonces tenemos la neurastenia, o bien hay una insuficiencia de satisfacción sexual a pesar del encuentro, y la llamada del goce entonces se transforma en neurosis de angustia. Esta tesis lo conduce a proponer que la solución de las neurosis es la de una adecuación del goce a la relación entre los sexos. Sin embargo, al examinar las neurosis de defensa observó que la inadecuación era imposible de resolver, puesto que los efectos patológicos de las neurosis se manifiestan justamente cuando la insuficiencia o el exceso de satisfacción ya no actúan en la realidad de la vida del enfermo, de la histeria, en 1895, sacó otra correlación causal que el verdadero momento traumático es el de la aparición de una representación inconciliable con las representaciones en las que el Yo se sostenía, que la

histeria es el resultado de un acto de vacilación moral y que la defensa que apunta a librarse de la contradicción para proteger al Yo, de esta manera encuentra que la sexualidad no era la causante de la neurosis, sino un no querer saber nada de la división del sujeto, al tratar a la representación sexual como no sucedida sin por ello apartarse del goce, de lo cual da testimonio el afecto

Las psiconeurosis y el método de asociación libre imponen a Freud la articulación interpretación-sexualidad, con sus conceptos respectivos de represión y fijación, es decir, que para Freud existe una causa oculta, reprimida, la cual exige una teoría de la memoria inconciente la cual explique la eficacia del recuerdo causal, que está ligado con la causalidad sexual

La primera causa de una neurosis es una fijación que determina una predisposición, al intervenir una segunda causa, se libera el excedente de sexualidad, el cual da lugar a la defensa y, por medio de la represión, a la producción del síntoma. En un inicio Freud pone el énfasis en la fijación, más tarde invierte el proceso y el énfasis se encontrará en la represión. El trauma, según Freud debe su eficacia a un acontecimiento real no comprendido por el sujeto, pero al que este le ha conferido toda su participación sexual. Marca el encuentro decisivo con el seductor, y este encuentro es siempre fallido, demasiado temprano o demasiado tardío. La causa de las neurosis para Freud es siempre sexual, sea pasada o actual. Al carácter traumático de la sexualidad están referidas la defensa de la persona y la causalidad de las neurosis.

En 1905, en *El papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis* señala un desplazamiento decisivo de la teoría del trauma a la teoría del fantasma; esto se debió porque Freud comenzó a cuestionarse la realidad de las escenas de seducción. Esto le lleva a dar cuenta, en relación a las neurosis, de la realidad de los síntomas en función de una causa imaginaria, es aquí donde el complejo de Édipo, el complejo de castración toman importancia para la teoría Freudiana. Esto asienta la idea de que la actividad sexual infantil da dirección a la vida sexual adulta, ya que existe una "amnesia infantil" que encubre la historia sexual de la persona, y es debido a esta historia en la que subsisten en el inconciente las condiciones y elecciones que una vez pasado el período de latencia, a la persona se le imponen sus conductas y elección de objetos en su vida amorosa de la edad adulta

B. METODOS DE INVESTIGACION Y TRATAMIENTO PSICOANALITICOS

En el encuadre psicoanalítico de Sigmund Freud, el paciente yace en un diván, con el analista sentado detrás. El paciente no puede ver al analista y se encuentra en una posición distendida, semejante a la de un niño pequeño. Esto persigue el propósito de facilitar las tendencias regresivas, el recuerdo del material correspondiente, la declaración de asociaciones aunque sean penosas y agobiantes, así como el desarrollo de la transferencia.

En la situación así caracterizada, el paciente produce un material que escapa parcialmente a la usual auto crítica del Yo y Superyó, de forma que puede ser sometido a interpretación. En este proceso destacan particularmente la asociación libre y la interpretación de los sueños porque en ellos es traído a la luz un material inconiente.

1. ASOCIACION LIBRE

Las investigaciones de Freud en el campo de la histeria, 1895, le llevaron a considerar el paso del método catártico de Breuer al psicoanálisis propiamente dicho, esto se debe a que Freud decidió desarrollar otro procedimiento terapéutico debido principalmente a tres razones:

- El procedimiento catártico no parecía efectivo causalmente, sino que curaba sintomáticamente, existiendo la posibilidad de que reapareciese el síntoma en otra parte del cuerpo.
- No todos los pacientes podían ser hipnotizados.
- Freud descubrió la importancia de la resistencia y la transferencia que se origina en el curso del tratamiento.

Freud desarrolló, como paso siguiente del tratamiento catártico al analítico, el método que denominó *asociación libre*, el cual ha permanecido hasta hoy como una parte esencial terapéutica en las escuelas psicoanalíticas de orientación freudiana. En el método de asociación libre, Freud hacía recostar a los pacientes en el diván, delante de él - de forma análoga a las sesiones - y les proponía para conversar un tema de su biografía personal,

sobre el que debían hablar sin control alguno, refiriendo acontecimientos recientes y pasados y diciendo todo lo que le pasara por la mente. La mayoría de las veces se refería a los acontecimientos que habían precedido a la aparición del síntoma. Cuando la corriente de ideas empezaba a agotarse, Freud ponía la mano en la frente del paciente, presionándole levemente. Al mismo tiempo incitaba al enfermo, de modo sugestivo, a recordar algún hecho. El suponía la resistencia que el enfermo desarrollaba ocasionalmente ante tal sugerencia como idéntica con la fuerza de la defensa o represión, que impedía resurgir un recuerdo. La resistencia le aparecía como consecuencia de una censura que realizaba el Yo, para no dejar llegar a la conciencia a determinadas representaciones. El método de la sugerencia y de la presión sugestiva fue abandonado posteriormente por Freud, conservando sólo el método de la asociación libre. En esencia el psicoanálisis supone que tarde o temprano, las asociaciones del paciente serían influidas por sus conflictos interiores, en medida suficiente para que el analista los captara primero y después se los hiciera conscientes por medio de preguntas e interpretaciones basadas en sus hallazgos.

Según Codereh (1990), el método de la asociación libre puede ser considerado como representativo de los principios psicológicos sobre los que se fundamentan el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica. La libre asociación se produce, según el mismo autor, cuando el paciente reduce lo más que puede toda crítica y selección consciente de su expresión verbal, intentando observar cuantos pensamientos, sensaciones, imágenes, deseos y sentimientos se presentan y los comunica al terapeuta de la forma más espontánea que le es posible; este tipo de comunicación es totalmente a lo que desde la infancia se nos ha enseñado a considerar como conveniente y apropiado, por lo cual el paciente ha de vencer fuertes dificultades para llevarla a cabo.

2 INTERPRETACION DE LOS SUEÑOS

Freud supone que el Ello inconciente tiene una participación esencial en la formación del sueño, y que en particular se reproduciran impresiones de la primera infancia y otras escenas parcialmente olvidadas, o desfiguradas la mayoría de las veces. Además supone que partes del sueño provienen del Yo, y hace referencia a la *herencia arcaica* para denominar

aquellos contenidos que no se han podido originar en vivencias infantiles ni en la vida adulta. El sueño es caracterizado por Freud como guardián del dormir, el Yo contrapone un cumplimiento de deseo inocente a necesidades y exigencias que lo obligarían a despertar, estas demandas provienen sobre todo del Ello, es decir de lo inconsciente, donde permanecieron logradamente reprimidas en el estado de vigilia.

Freud distingue en el sueño dos tipos de contenido diferentes: el contenido onírico manifiesto y el contenido onírico latente. En relación a esto dice: "las ideas latentes y el contenido manifiesto se nos muestran como dos versiones del mismo contenido, en dos idiomas distintos, o, mejor dicho, el contenido manifiesto se nos aparece como una versión de las ideas latentes a una distinta forma expresiva, cuyos signos y reglas de construcción hemos de aprender por la comparación del original con la traducción. Las ideas latentes nos resultan perfectamente comprensibles en cuanto las descubrimos. En cambio el contenido manifiesto nos es dado como un jeroglífico, para cuya solución habremos de traducir cada uno de sus signos al lenguaje de las ideas latentes"¹³. Con esto Freud deja claro que en un mismo sueño se presentan dos tipos de contenido: el contenido manifiesto el sueño tal cual se presenta, y el contenido latente se encuentra escondido mediante simbolismos dentro del contenido manifiesto y hay que descifrarlo pues es mediante el contenido latente que se desarrolla la interpretación del sueño. En relación al procedimiento utilizado para descubrir el contenido latente dice: "mediante la aplicación de nuestro procedimiento de interpretación onírica nos es posible descubrir un contenido latente de los sueños, muy superior en su importancia al contenido manifiesto, reñemes que sentimos incitados a examinar de nuevo cada uno de los problemas que el fenómeno onírico plantea, para ver si este nuevo conocimiento puede acaso procurarnos la solución de aquellos enigmas y contradicciones que mientras no conocíamos sino el contenido manifiesto de los sueños nos parecían inasequibles"¹⁴, así, las relaciones existentes entre el contenido manifiesto y las ideas latentes surgen como un paso importante para dilucidar la interpretación del sueño.

¹³ Freud S. (1900) La interpretación de los sueños. Obras completas. Vol. 4. Ed Amorrortu. 1980. Buenos Aires, Argentina. Pág. 283.

¹⁴ Op. cit., Pág. 180.

Los diversos mecanismos por los cuales el pensamiento onírico latente primario, es transformado por medio de aquella desfiguración en el contenido onírico manifiesto son

- **Condensación** se refiere a que un elemento del sueño manifiesto suele absorber a varios elementos de los pensamientos oníricos latentes
- **Desplazamiento** se refiere a un elemento de una situación que es sustituido por otro, casi siempre más neutro
- **Composición ilógica y figurar** Se refiere a que con frecuencia detalles inconciliables desde el punto de vista lógico coexisten o se vuelven manifiestos como símbolos figurales.

Para el trabajo de interpretación en general, y para el aplicado al material de los sueños, no existen interpretaciones universalmente válidas, sino que en el proceso de interpretación, paciente y terapeuta colaboran para dilucidar el significado inconciente. De igual forma, este es un proceso prolongado en el que se van desechando las hipótesis primeramente formadas. En conjunto se trata de una reconstrucción e intelección de la dinámica del conflicto de la temprana infancia que es base de la perturbación. El conflicto se manifiesta sobre todo en modalidades características de defensa por lo que en el trabajo interpretativo de los contenidos hay que analizar esas modalidades defensivas o resistencias, más que empeñarse en una interpretación simbólica de los contenidos mismos (Kriz, 1990).

C. PROCESOS DE LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA

El aspecto esencial del análisis según Freud es que el terapeuta se alía con el Yo del paciente, que se encuentra debilitado por el Ello y el Superyo, a fin de liberar lo reprimido, esto conduce al pacto que el terapeuta establece con el Yo del paciente, en donde el paciente se compromete a exteriorizar todo lo que se le vaya ocurriendo, no importando si le parece trivial, insensato o penoso, ni tampoco si los contenidos se refieren a la situación terapéutica misma, a vivencias del pasado o a temores para el futuro. De esta forma, para poder establecer este pacto, el Yo del paciente debe encontrarse intacto, por lo menos lo

bastante para poderse adecuar a esta forma de trabajo. De aquí que Freud considera indicado el análisis sólo en neuróticos, no en psicóticos.

Durante el análisis, el terapeuta se vale de diferentes herramientas, algunas de las cuales se mencionarán a continuación.

1. RESISTENCIA

La investigación de la resistencia fue lo que indujo a Freud al comienzo de la elaboración del psicoanálisis (Breuer y Freud, 1893-5c) y el manejo de las resistencias sigue siendo uno de los pilares de la técnica psicoanalítica. El concepto de resistencia tiene una importancia fundamental y debido a su posición central sus ramificaciones tocan todas las cuestiones técnicas importantes.

El psicoanálisis puede distinguirse de todas las demás formas de psicoterapia por el modo de tratar las resistencias, ya que en este tipo de psicoterapia se trata de superar las resistencias analizándolas, descubriendo e interpretando sus causas, fines, modos e historia. La resistencia se opone al proceso analítico, al analista y al Yo razonable del paciente; defiende la neurosis, lo antiguo, lo familiar e infantil, el descubrimiento y el cambio, y puede ser adaptativa (Greenson, 1991).

Resistencia significa oposición y se refiere a todas las operaciones defensivas del aparato psíquico provocadas en la situación analítica. Son todas las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos de análisis, es decir que estorban la asociación libre del paciente, que obstaculizan los intentos de recordar, lograr y asimilar insight, que operan contra el Yo razonable del paciente y su deseo de cambiar, todas estas fuerzas pueden considerarse resistencia (Freud, 1960). La resistencia puede ser consciente, preconsciente o inconsciente y puede expresarse por medio de emociones, actitudes, ideas, impulsos, pensamientos, fantasías o acciones. En esencia la resistencia es una contrafuerza del paciente, que opera contra el progreso del análisis, contra el analista y los procedimientos y procesos analíticos.

En función de la neurosis del paciente, las resistencias tienen una función defensiva. Las resistencias se oponen a la eficacia de los procedimientos analíticos y defienden el statu

quo del paciente; defienden la neurosis y se oponen al Yo razonable y a la situación analítica. Como todos los aspectos de la vida mental pueden tener función defensiva, todos pueden servir para los fines de la resistencia (Greenson; 1991)

En *Inhibición, síntoma y angustia*, 1926-a, Freud examina las resistencias de acuerdo a su origen y describe cinco tipos diferentes y tres causas de resistencia - distingue tres causas de resistencia procedentes del Yo, otra en el Superyo y la última en el ello. En el trabajo *Análisis terminable e interminable*, 1937-a, contiene algunas aportaciones teóricas nuevas a la naturaleza de la resistencia. Sugiere Freud que hay tres factores decisivos para el éxito de los esfuerzos terapéuticos: la influencia de los traumas, la fuerza natural de los instintos y las alteraciones del Yo. Amplía también sus especulaciones acerca de por qué es tan lento el proceso analítico de algunos pacientes; describe pacientes con falta de movilidad en su libido y la atribuye a una resistencia proveniente del Ello, dice que estos pacientes se hallan acojados por una *reacción terapéutica negativa* derivada a un seguimiento inconciente de culpabilidad derivado del instinto de muerte. Aquí mismo menciona Freud que las resistencias también pueden deberse a errores del analista y finalmente hace algunas observaciones clínicas acerca de las mayores resistencias en hombres y mujeres, mencionando que en las mujeres la mayor causa de resistencia parece tener relación con su envidia del pene, mientras que en los hombres se debe primordialmente a su temor de tener deseos femeninos pasivos respecto de otros hombres.

El examen histórico de la conceptualización de la resistencia refleja como inicialmente Freud la consideró un obstáculo a la labor terapéutica y conforme fueron avanzando sus investigaciones, la resistencia se fue transformando en uno de los pilares de su técnica psicoanalítica, hasta que en *Análisis terminable e interminable*, considera que la resistencia abarca también al Ello y el Superyo.

2. TRANSFERENCIA

Quizá los mayores progresos en la técnica psicoanalítica proceden de los descubrimientos que hizo Freud del doble poder de la transferencia. En 1912 Freud menciona que las reacciones de transferencia ofrecen al analista una ocasión inestimable de

explorar el pasado inaccesible y el inconciente, ya que la transferencia suscita también reacciones que resultan el obstáculo más grave a la labor analítica.

En 1905, Freud menciona que "La transferencia es una repetición, una reedición de una relación objetual antigua – es decir, puede apreciarse en forma de sentimientos, pulsiones, deseos, temores, fantasías, actitudes e ideas o defensas contra ellos (y agrega en 1912) Las personas que son causa original de las relaciones de transferencia son personajes importantes y significativos de la primera infancia. La frustración y la inhibición de los instintos hacen que el neurótico busque ocasiones tardías de satisfacción. Pero la repetición se ha entendido como un medio de esquivar los recuerdos, así como una manifestación de la compulsión de repetir"¹⁵

El hecho de que un comportamiento determinado repita algo del pasado es el que hace que probablemente resulte impropio en el tiempo presente. La repetición a veces es una duplicación exacta del pasado, una réplica, una revivencia, o tal vez sea una reedición, una versión modificada, una representación deformada del pasado. Si en el comportamiento de transferencia se trasluce una modificación del pasado, suele ser en el sentido de satisfacer un deseo, con mucha frecuencia se siente como que las fantasías de la infancia sucedieron realmente. Los sentimientos de transferencia activados suelen resultar intentos semejantes de satisfacción de deseos. (Freud, 1914a)

Los objetos que fueron las fuentes originales de la reacción de transferencia son las personas importantes en los primeros años de un niño, suelen ser los padres y otros educadores, los dispensadores de amor, comodidad y castigo, los hermanos, las hermanas y otros rivales. Las reacciones de transferencia pueden producirse en la edad adulta con personas que desempeñan una función especial, originalmente a cargo de los padres, por ejemplo, los amantes, jefes, autoridades, médicos, maestros, y algunos personajes célebres. Además también las reacciones de transferencia pueden darse con animales, objetos inanimados e instituciones. Todos y cualquiera de los elementos de una relación de objeto pueden entrar en una reacción de transferencia, cualquier emoción, pulsión, deseo, actitud, fantasía y las defensas contra ellos. (Greenson, 1991)

¹⁵ Citado por Greenson, R. (1991). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. Ed. Siglo XXI, 9ª edición. México, Pág. 158.

Las reacciones de transferencia son esencialmente inconscientes, aunque algún aspecto de la reacción pueda ser consciente. Todas las personas tienen reacciones de transferencia, pero la situación analítica facilita su formación y las utiliza para interpretar y reconstruir.

3. CONTRATRANSFERENCIA

Complementaria a la transferencia es la llamada contratransferencia, Freud descubre que también la labor del analista es interferida por un fenómeno parecido a la transferencia del paciente, que también en el analista surgen impulsos y sentimientos hacia el analizado, ajenos a su función de comprender e interpretar las resistencias y los complejos infantiles de éste, denomina a este proceso contratransferencia ya que constituye el equivalente a la transferencia, y señala la importancia de conocerla y dominarla para que no perturbe la labor del analista. La contratransferencia constituye un hecho que hace necesario que el analista sea analizado antes de que empiece su labor con los enfermos, en aquel tiempo Freud hablaba de los médicos (candidatos a analistas) como personas prácticamente sanas (1912d), y el análisis durante unas semanas o unos meses, hoy en día oscila entre cuatro y diez años.

Freud (1912d) establece una regla fundamental del analista designándola con el término atención flotante. Señala que el analista llega con su comprensión solo hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias y recalca en relación a ello la importancia de la contratransferencia. Freud llama la atención en especial sobre los peligros que trae consigo la ambición de curar y la ambición de educar.

Toda técnica analítica ulterior se basa también en este aspecto. Freud, designa como meta el conocer y dominar la contratransferencia (en la actualidad se agrega la meta de utilizarla), exhorta al analista a apartar de sí la compasión y a adoptar frente al analizado una actitud interna similar a la de un cirujano para proteger al analista y al analizado de las desventajas que llevan consigo la ambición de curar y la identificación sin reserva (1912d). Por otra parte, Freud adjudicaba mucha importancia a la actitud activa, por ejemplo, aconseja al analista mostrar su interés al analizado, al hablar de los casos en los que la

terapia analítica no consigue los cambios deseados , a causa de una "determinada dependencia , un cierto componente instintivo", recalca que el resultado del tratamiento depende de las fuerzas contrarias que nosotros podemos movilizar . En las Conferencias XXVII Y XXVIII de *Introducción al psicoanálisis* (1917d), indica que el analista debe movilizar todas las energías psíquicas disponibles para inducir al analizado a vencer sus resistencias y debe preocuparse por las suyas propias, puesto que solo en la medida en que el analista este libre de represiones podrá suplir lo que el analizado ha reprimido o bloqueado .

La historia ulterior del descubrimiento de la contratransferencia y el destino de esta en cuanto a su lugar en la técnica analítica tiene cierto parecido con la historia de la transferencia . Inicialmente , también fue considerada como una perturbación y un peligro para la labor del analista, más tarde se vio que también puede ser un instrumento técnico de gran importancia, ya que es en buena parte, una respuesta emocional a la transferencia y puede indicar al analista que es lo que sucede en el analizado, en su relación con el analista . Finalmente se comprendió que la contratransferencia no solo puede perturbar o ayudar a la comprensión del analista y a su capacidad de interpretar los conflictos inconscientes del analizado, sino que también determina el destino de la transferencia pues el analista es el objeto y su actitud influye sobre la transferencia .

CONCEPCION DE LA SEXUALIDAD

El psicoanálisis se desarrolla en la medida que Sigmund Freud investigaba acerca de ciertos procesos y planteamientos como es el caso de la sexualidad. Este concepto fue paulatinamente desarrollándose en su teoría. La concepción de la sexualidad en Freud se da de manera lineal, por lo que tiene diferentes connotaciones según la va desarrollando; la exposición que a continuación se presenta pretende seguir un orden cronológico, con las limitaciones que ello implica.

Por medio de la revisión de los primeros trabajos de Freud (entre los años de 1885 a 1889), se deduce que el objeto de la investigación freudiana no era la sexualidad, sino que ésta apareció más tarde en Freud como la primera respuesta a la pregunta sobre la causa de las neurosis.

En los *Estudios sobre la histeria* (1893-5c) plantea que la tesis a probar es que "La sexualidad desempeña un papel principal en la patogénesis de la histeria como fuente de traumas psíquicos y como motivo de defensa de la represión de representaciones fuera de la conciencia"¹⁶. En algunos historiales clínicos presentados en este trabajo, se denota de manera explícita que al referirse a la sexualidad la vincula solo con genitalidad, debido a que expresa que los síntomas histéricos tienen su origen en una seducción real que produce un trauma sexual propiciando que la persona se enfermara, en el mismo escrito Freud hace aseveraciones como que los problemas de angustias que presentan las mujeres jóvenes tienen su origen "en el horror que les produce la sexualidad" a consecuencia del horror que invade a un ánimo virginal cuando el mundo de la sexualidad se le abre por primera vez¹⁷ y pone como ejemplo el caso de una joven cuyo ataque de angustia fue provocado por haber visto a su padre cuando se acercaba a la cama de su madre.

Otra cuestión que señala Freud en el mismo escrito a partir del caso anterior es que "en el análisis de cualquier histeria que tenga por fundamento traumas sexuales, uno halla impresiones de la época presexual que, no habiendo producido efectos sobre la niña, más

¹⁶ Freud, S. (1893-5c). *Estudios sobre la histeria* (Breuer y Freud). Obras completas. Vol 2. Ed Amorrortu 1980. Buenos Aires, Argentina. Pág. 23

¹⁷ *Op. cit.* Pág. 142-143.

tarde cobran, como recuerdos, una violencia traumática al abrirse para la joven virgen o la esposa, el entendimiento de la vida sexual”¹⁸; así, en la histeria existen dos momentos: primero en la etapa presexual cuando se tienen impresiones sexuales que no producen efectos en el momento en el que suceden, y segundo en la juventud cuando hay una forma real de enlazar y entender los de la infancia que dan lugar a que se presenten los síntomas. Es importante mencionar que Freud aún no menciona las pulsiones sexuales infantiles, sino que más bien considera que existe una seducción real que ha provocado que la paciente enferme. Es alrededor de estos años que comienza a darle una importancia trascendental a los sucesos en torno a la sexualidad ocurridos en la infancia.

Es a partir del descubrimiento de la resistencia que Freud se explica algunas cuestiones en torno a la génesis de la histeria. En este momento no menciona que existiese una seducción provocadora de los síntomas, sino más bien habla de una representación erótica la cual va a ser sumamente importante para la formación de una neurosis, al respecto menciona “... hasta donde se podía hablar de una causación por la cual las neurosis fueran adquiridas, la etiología debía buscarse en factores sexuales. A ello se enhebro el hallazgo de que, universalmente, factores sexuales diferentes producían cuadros también diversos de contracción de neurosis”¹⁹, y postula que las neurosis resultan de una inadecuación entre la satisfacción sexual y el encuentro sexual. En los trabajos realizados en estos años Freud no habla de libido, sino de cantidades de excitación a las que el organismo está sometido, Freud en su práctica privada se va percatando de la importancia de la sexualidad en la etiología de la histeria, inicialmente la concepción de sexualidad está referida solo a cuestiones de índole genital, como sería una seducción o un coito. Esta concepción puede ser identificada en su trabajo *A propósito de las críticas a la neurosis de angustia*, (1895c), en donde menciona “... la aseveración de que una abstinencia voluntaria o involuntaria, un comercio sexual con satisfacción insuficiente, el *coitus interruptus*, el desvío del interés psíquico respecto de la sexualidad, etc. son los factores etiológicos de la por mí llamada neurosis de angustia”²⁰, más tarde, Freud mencionará que esta causa

¹⁸ *Ibidem*, Pág. 138-149

¹⁹ *Ibidem*, Pág. 265.

²⁰ Freud, S (1895c) *A propósito de las críticas a la neurosis de angustia*. Obras completas. Vol 3. Ed Amorrortu. 1980. Buenos Aires, Argentina. Pág. 124

etiológica había sido ya tratada por Breuer, Charcot y Chrobak. Hasta 1896, la sexualidad en el psicoanálisis había cobrado una gran importancia primero como un factor determinante psíquico causal, y posteriormente como un factor etiológico en las neurosis

En una carta escrita a Fliess en 1897 dice: " quiero contarte el gran secreto que poco a poco se me ha ido trasluciendo en las últimas semanas. Ya no creo más en mi neurótica. he de presentarte históricamente los motivos de mi descreimiento. la sorpresa de que en todos los casos el padre hubiera de ser inculpaado como perverso, sin excluir a mi propio padre. la intelección cierta de que en loaconente no existe un signo de realidad, de suerte que no se puede distinguir la verdad de la ficcion investida con afecto (segun esto, quedaria una solucion. la fantasia sexual casi siempre del tema de los padres) " ²¹, a esto agrega que las fantasias estan destinadas a encubrir, embellecer y promover a una etapa más elevada el ejercicio autoerotico de los primeros años de la infancia; por lo que ahora Freud considera el importante papel de la fantasia sexual en la infancia. Hasta aqui la causa para Freud, sea preterita o actual, es sexual. esta es la novedad que su descubrimiento introduce en el trama de la causalidad psicopatologica. La causa de las neurosis no es ni la civilización, ni la herencia, sino la sexualidad. Al carácter traumático de la sexualidad estan referidas la causalidad del sujeto (como defensa) y la causalidad de las neurosis; en Freud, esta causalidad es de tipo fisico (Rabanel, 1991)

Posteriormente en su trabajo *La sexualidad en la etiologia de las neurosis* (1898a), hace una distincion entre neurastenia y psiconeurosis y tambien especifica los factores sexuales que las originan. Las psiconeurosis y el metodo de la asociacion libre imponen a Freud la articulacion interpretacion-sexualidad, con sus conceptos respectivos de represion y fijacion, mientras que la causa oculta, reprimida, exige una teoria de la memoria inconsciente que da cuenta de la eficacia del recuerdo causal, esta debe ser articulada con la causalidad sexual (Rabanel,1991). En este trabajo, tambien señala un desplazamiento decisivo de la teoria del trauma sexual real a la teoria del fantasma, fantasias creadas por el niño, este movimiento pudo operarse desde el momento en que Freud comienza a cuestionar la realidad de las escenas de seduccion, la realidad de los sintomas esta en funcion de la

²¹ Freud, S. (1950[1892-91]). Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Obras completas. Vol 1. Ed Amorrortu. 1980. Buenos Aires, Argentina. Pag 301-302.

causa imaginaria, Freud apela a la noción de realidad psíquica, de sexo psíquico. Otra de sus concepciones importantes en este escrito, es la idea de que la actividad sexual infantil prescribe la dirección de la vida sexual adulta

El abordaje de la sexualidad en este momento para Freud es de índole naturista (Rabanel, 1919c), en particular al hacer referencia a la sexualidad infantil, esta concepción lleva a Freud a considerar dos dimensiones de la sexualidad infantil, el individuo y la especie, por un lado el desarrollo individual de una función sexual biológica y por el otro una historia encubierta por la amnesia infantil. En este momento Freud ya desliga a la sexualidad de lo meramente genital, y poco a poco, él llega a la conclusión de que los síntomas neuróticos no se encuentran vinculados con situaciones sexuales actuales, sino con cuestiones y fantasías de índole infantil.

Posteriormente, conecta su concepción de sexualidad con el de Eros de Platón, tal y como se evidencia en su trabajo *Tres ensayos de una teoría sexual*, 1905b. En el citado trabajo, Freud hace un análisis de lo que es la sexualidad, abocándose a estudiar tres aspectos para él muy importantes: las perversiones, la sexualidad infantil y la sexualidad adulta. En este trabajo, habla de una pulsión sexual en donde se esperaría que el objeto sexual (denominación que se le da a la persona a la que parte la atracción sexual) fuera una persona, que ésta perteneciera al sexo opuesto, y la meta (a la que se entiende como la acción hacia la cual se esfuerza la pulsión) fuese la cópula, es decir, estos aspectos están necesariamente prefijados. También menciona que la nombrada pulsión sexual va más allá de lo meramente biológico, pues sino fuera así estaría hablando de un instinto sexual. Afirma que la neurosis es el negativo de la perversión. Que la sexualidad infantil va a tener un desarrollo y dependiendo de como se lleve a cabo el proceso es en lo que va a desembocar la vida sexual del individuo: perversión, neurosis o normalidad. Al hacer mención de la sexualidad adulta, se refiere a cuestiones como las sustancias y las tensiones sexuales, al estudiar la excitación sexual señala que ésta se expresa tanto en lo anímico como en lo somático, resaltando la importancia de la ternura.

La sexualidad infantil difiere de la sexualidad adulta en varios aspectos. Según Otto Fenichel, 1986, la diferencia que más resalta es que la excitación más intensa no se localiza forzosamente en los genitales y en que los fines son diferentes puesto que no tienden

necesariamente al coito, sino que se detienen en actividades que más tarde desempeñan un papel en el placer preliminar; de igual forma, la sexualidad infantil puede ser autoerótica y sus componentes están dirigidos hacia los objetos. Freud en *Tres ensayos sobre una teoría sexual*, define como carácter autoerótico de la sexualidad infantil cuando la pulsión no se dirige a otra persona, sino que el infante encuentra satisfacción en su propio cuerpo (1905b); de la misma manera menciona que tres caracteres van a presentarse en la mayoría de las prácticas de la pulsión sexual infantil: nace apuntalándose en una función nutritiva, no conoce objeto sexual por lo que es autoerótica y, su meta sexual se encuentra bajo el imperio de una zona erógena. Como meta sexual de la pulsión infantil marca la producción de la satisfacción que se logra a través de la estimulación de zonas erógenas que de algún modo se han elegido. Por otra parte, precisa que la actividad de las zonas genitales en varones y niñas se relaciona con la micción, glánde y clitoris, y que las actividades de estas zonas corresponden a las partes sexuales reales, que son el comienzo posterior de la vida sexual normal. Distingue tres fases en la masturbación infantil, la primera que corresponde al periodo de latencia, la segunda al breve periodo de la práctica sexual (hacia el cuarto año de vida) y la tercera correspondiente al onanismo de la pubertad. De estas tres fases confiere a la segunda la mayor significatividad porque considera que los detalles de esta segunda activación sexual infantil, dejarán tras de sí profundas huellas inconcientes en la memoria de la persona, determinan el desarrollo de su carácter, si permanece sana, y la sintomatología de su neurosis si enferma después de la pubertad (Freud, 1905b). En la tercera fase retorna la masturbación a la latencia, ya que se presenta un estímulo de picazón que requiere una satisfacción onanista.

Presupone en el niño una disposición *perversa polimorfa* (Freud, 1905b). Resalta que entre los tres y cinco años el niño alcanza su florecimiento de la vida sexual, a la par de éste, se inicia también aquella actividad que adscribe a la *pulsión de saber o investigar*, tal acción corresponde por un lado, a una *manera sublimada de apoderamiento* y por otro trabaja con la *pulsión de ver*. Sus vínculos con la vida sexual tienen particular importancia porque la pulsión de saber de los niños recae en forma insospechadamente precoz y con inesperada intensidad sobre los problemas sexuales y aun quizá despertada por estos (Freud; 1905b).

Si bien Freud expuso en su trabajo *Tres ensayos de una teoría sexual* una amplia visión sobre la sexualidad enfocada psicoanalíticamente, dicho escrito estuvo sujeto a una constante revisión; en 1915 se le agrega una sección que trata las teorías sexuales de los niños, cuyo antecedente es su trabajo *Sobre las teorías sexuales infantiles* de 1908d. En el mencionado libro Freud dice en forma explícita que la curiosidad infantil por los eventos sexuales es natural y que las preguntas de los niños deben ser contestadas. En su artículo *La moral sexual cultural y la neurosis moderna* de 1908c, hace mención a la importancia que tienen los preceptos morales de una sociedad y las incongruencias que plantean a la vida sexual de los hombres civilizados. Dentro de su artículo de 1922, *Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad*, hace un estudio de los procesos psíquicos de la génesis de la homosexualidad (aun cuando no descarta la importancia del factor orgánico) y analiza a esta como una patología en donde existen problemas con la elección de objeto.

Podemos resumir que en la teoría psicoanalítica de Freud, la sexualidad es percibida como algo fundamental en la vida del ser humano. El descubrimiento de la existencia y posterior aceptación de la sexualidad infantil dentro y fuera del ámbito científico debe reconocérselo a Freud. Él elaboró una teoría del desarrollo sexual infantil en donde expone que el niño nace ya con una pulsión sexual y una curiosidad sexual natural que tenderá a satisfacer en su etapa infantil, su libido deberá atravesar por una serie de fases para desarrollarse y llegar a un estadio genital donde el objeto sexual (de amor) final, deberá ser una persona del sexo opuesto y la meta a buscar con el objeto elegido será la copula, en su teoría existen estos aspectos perfilados que determinan la "normalidad" de la vida sexual del individuo. Freud no limita su concepción de sexualidad únicamente a lo genital o biológico, sino que evidencia la importancia que la moral, cultura y educación tienen en ella, es el quien libera a la sexualidad de las ataduras de la reproducción, acentuando el hecho de que la pulsión sexual tiene como meta la búsqueda del placer. De la misma forma, resalta la importancia de los eventos infantiles en la vida sexual adulta, ya que postula la existencia del inconsciente y es en esta instancia en donde se van a ir guardando todos aquellos recuerdos sobre la sexualidad del individuo, es decir que en cada individuo va a existir una sexualidad

inconciente. Propone como etiología de las neurosis y otras psicopatologías factores de índole sexual.

DISFUNCION SEXUAL : DEFINICION, ETIOLOGIA Y PROCESO

A. DEFINICION

Revisando la obra de Freud se pueden encontrar frecuentemente referencias correspondientes a lo que hoy denominamos como disfunciones sexuales, sin embargo el texto publicado en 1912a, *Aportaciones a la psicología de la vida erótica*, ofrece un aporte específico a estas. Para Freud las disfunciones sexuales son un síntoma de las neurosis, él menciona que esta "es la enfermedad para cuyo remedio se acude a el (psicoanalista) más frecuentemente" ²² En el mismo texto, engloba a las disfunciones sexuales masculinas bajo el término de *impotencia*, y a las femeninas con el término de *frigidez*:

Sobre la definición de impotencia dice, "Esta singular perturbación ataca a individuos de naturaleza intensamente libidínosa y se manifiesta en que los órganos ejecutivos de la sexualidad rehusan su colaboración al acto sexual, no obstante aparecer antes y después perfectamente intactos y a pesar de existir en el sujeto una intensa inclinación psíquica a realizar dicho acto" ²³

Distingue entre lo que sería una impotencia selectiva, a la que denomina impotencia psíquica, al decir "El primer dato para la comprensión de su estado lo obtiene el paciente al observar que el fallo no se produce sino con una persona determinada y nunca con otras. Descubre así que la inhibición de su potencia viril depende de alguna cualidad del objeto sexual, y a veces indica haber advertido en su interior un obstáculo, una especie de voluntad contraria que se oponía con éxito a su intención consciente. Pero no le es posible adivinar en que consiste tal obstáculo interno ni que cualidad del objeto sexual es la que lo provoca. En esta perplejidad acaba por atribuir el primer fallo a una impresión "causal" y deduce erróneamente que su repetición se debe a la acción inhibitoria del recuerdo de dicho primer fallo, constituido en representación angustiosa" ²⁴

²² Freud, S. (1912a) Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa (Contribuciones a la psicología del amor II). Obras completas. Vol 11. Ed Amorrortu. 1980. Buenos Aires, Argentina. Pág 173.

²³ Idem.

²⁴ Idem.

Menciona a sujetos psicoanestésicos (anorgasmia masculina) "los cuales pueden realizar el coito sin dificultad alguna , pero no hallan en el especial placer"²⁵ Hace una analogía de ésta disfunción con la de frigidez femenina

Específicamente, Freud no da una definición de las disfunciones sexuales femeninas, a las que engloba bajo el término de frigidez, solo las equipara con la anestesia masculina y dice que es cuando la mujer "permanece fría e insatisfecha"²⁶

B. ETIOLOGÍA

Freud menciona que todas las neurosis son sexuales en cuanto a su patogenia, porque siempre existe una perturbación de la vida sexual Según Echegegoyen (1977), en la medida en que lo sexual se acerca o se aleja demasiado de la realización del deseo, es que se puede hallar la patología específicamente neurotica de la sexualidad

En relación a la etiología de las disfunciones sexuales queda claro que según Freud son el producto de traumas sexuales acontecidos en la infancia, en su texto de 1898a *La sexualidad en la etiología de las neurosis*, dice sobre los traumas psicicos que en ultimo término se derivan de sucesos de orden sexual vividos por el enfermo en edad infantil y de esta forma queda indudablemente fijada la singular importancia de los sucesos sexuales en la etiología de las psiconeurosis, y la actividad sexual infantil espontánea o provocada, marcará decisivamente la dirección de la vida sexual ulterior del adulto (Freud , 1898a) Según Freud, el neurotico adulto trae consigo desde su infancia cierta medida de represión sexual que se exterioriza luego, en forma de síntomas, bajo la presión de las exigencias de la vida real.

Específicamente en relación a la etiología de la llamada por Freud impotencia, dice "se trata realmente de la acción inhibitoria de ciertos complejos psicicos que sustraen al conocimiento del individuo, maternal patógeno cuyo contenido mas frecuente es la fijación incestuosa, no dominada en la madre o la hermana Fuera de estos complejos habrá de concederse atención a la influencia de las impresiones penosas accidentales experimentadas

²⁵ *Op. Cit.* Pag. 178

²⁶ Freud, S. (Freud , 1918 [1917]) El tabú de la virginidad (Contribuciones a la psicología del amor, III), Obras completas , Vol 11, Ed Amorrortu 1980, Buenos Aires, Argentina, Pag 196

por el sujeto en conexión con su actividad sexual infantil y con todos aquellos factores susceptibles de disminuir la libido que ha de ser orientada hacia el objeto sexual femenino”²⁷; aquí Freud habla de que el fundamento de la enfermedad es una inhibición del proceso evolutivo que conduce a la libido hasta su estructura definitiva y normal, otro factor que menciona constantemente en sus escritos es que la conducta sexual del hombre civilizado se ve limitada y coartada por factores culturales como el papel que desempeña en el hombre el respeto a la mujer tomado de la imagen materna con lo que “solo desarrolla (el hombre) su plena potencia con objetos sexuales degradados, circunstancia a la que coadyuva el hecho de integrar en sus fines sexuales componentes perversos, que no se atreve a satisfacer con la mujer estimada. Solo experimenta pleno goce sexual cuando puede entregarse sin escrúpulos a la satisfacción, cosa que no se permitirá, por ejemplo, con la mujer propia. De aquí su necesidad de un objeto sexual rebajado, de una mujer eticamente inferior, en la que no pueda suponer repugnancias estéticas y que ni conozca las demás circunstancias de su vida, ni pueda juzgarle. A tal mujer dedicara entonces sus energías sexuales, aunque su cariño pertenezca a otra de tipo más elevado”²⁸, menciona que el hecho de que solo algunos hombres sucumban ante tal factor, se relaciona con lo cuantitativo y con la mayor o menor magnitud de las aportaciones de los distintos factores etiológicos, hasta aquí, Freud propone que un factor determinante en la etiología de la impotencia es la intensa fijación incestuosa infantil hacia la madre, quien es para el niño el primer objeto al cual va a dirigir su libido. Otro aspecto importante para Freud, es la prohibición real opuesta al instinto sexual en la adolescencia (la prohibición de la masturbación), según el cuando esta prohibición es transgredida por el adolescente, la actividad masturbatoria se liga con objetos incestuosos inconscientes y en la edad adulta, esta fijación afectara la potencia sexual masculina. Dice Freud que la fórmula para poder ser completamente libre y feliz en la vida erótica es finalmente vencer el respeto a la mujer y el horror a la idea del incesto con la madre o hermana.

²⁷ Freud, S. (1912a) Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa (Contribuciones a la psicología del amor II). Obras completas. Vol. 11. Ed. Amorrortu. 1980. Buenos Aires, Argentina. Pág. 173-174.

²⁸ Freud, S. (1912a) Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre (Contribuciones a la psicología del amor I). Obras completas. Vol. 11. Ed. Amorrortu. 1980. Buenos Aires, Argentina. Pág. 175-177.

En cuanto a la mujer dice que no parece existir en ella la necesidad de rebajar al objeto sexual, sin embargo, el apartamiento de la sexualidad y el confinamiento de su sensualidad, dictados ambos por la educación a la que se somete a la mujer, ocasionan que ella no disocie inconscientemente entre las ideas de actividad sensual y prohibición lo cual trae como consecuencia que sea "psíquicamente impotente, o sea frígida"²⁹ cuando por fin le es permitida tal actividad. Equipara la prohibición de sentir placer en la mujer con la necesidad de un objeto sexual degradado en el hombre, y reitera que ambos son consecuencia del largo intervalo exigido por la educación, con fines culturales, en la maduración y la actividad sexual. Dice que quizá las diferencias entre la etiología de las disfunciones de hombres y mujeres se debe al hecho de que estas últimas no suelen infringir la prohibición opuesta a la actividad sexual (masturbación) durante el periodo de espera (adolescencia) quedando así establecido "en ella este fuerte enlace entre las ideas de prohibición y sexualidad" y en cambio, en el hombre, quien si infringe la prohibición, se hace necesario rebajar el valor del objeto, quedando así establecida esta condición en su vida sexual posterior.

De acuerdo con lo tratado hasta el momento, Freud encuentra como causa para la formación de la disfunción sexual primero, el deseo edípico cuando éste recae en un objeto determinado que se encuentra muy cerca del deseo incestuoso inconsciente, de manera que la imposibilidad sexual se vuelve una exigencia estructural de la situación, habría inhibición por erotización, escribe en 1926, o una sexualidad sintomática con características de una formación de compromiso deficiente. Segundo, de forma parecida, si la situación sexual se aleja demasiado del deseo, entonces no será posible articular nada con ella puesto que el objeto es excesivamente distinto al primario, y esta es la causa de la inapetencia, lo que se expresa en una falta de compromiso narcisístico porque el objeto no dice nada al sujeto.

Una psiquiatra y psicoanalista que retoma la aplicación de la teoría freudiana en la terapia sexual actual es Helen Kaplan, ella se ha dedicado en forma extensa al tratamiento de personas con disfunción sexual, además, es uno de los autores más claros que intenta integrar diferentes dimensiones de la disfunción sexual, reconociendo la importancia de un

²⁹ Freud, S. (1912a). Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa (Contribuciones a la psicología del autor II), Obras completas, Vol II Ed Amorrortu, 1980, Buenos Aires, Argentina Pag 180

tratamiento interdisciplinario y focalizado en la problemática sexual. En su libro *La nueva terapia sexual I*, Kaplan retoma algunos conceptos del psicoanálisis freudiano y remarca su importancia ; sobre ello dice, "El concepto del conflicto edípico y del regreso de los conflictos infantiles reprimidos, es muy útil para aclarar ciertos fenómenos clínicos que de otra forma serían enigmáticos sin embargo, cabría refutar la afirmación de que los temas edípicos no resueltos son la única causa de conflictos sexuales. estoy en desacuerdo con la idea de que las experiencias incestuosas tempranas son las únicas causas de los conflictos sexuales, de que las disfunciones sexuales se deben siempre a conflictos inconscientes, que son el único factor etiológico y de que la curación debe dirigirse a la resolución de estos conflictos subyacentes específicos" ³⁰, aclara " no significa que se haya abandonado el modelo psicoanalítico completo, pues éste contiene muchos aspectos valiosos e imprescindibles. La formulación freudiana es aplicable en muchos casos y los conceptos de motivación inconsciente y de la importancia de las experiencias infantiles en la trayectoria vital del adulto esta fuera de toda duda y figuran entre los grandes avances de nuestro siglo. los conceptos de represión y resistencia son también valiosos en el trabajo con personas que padecen de problemas sexuales" ³¹

Una importante aportación de Kaplan para la actual terapia sexual, ha sido su propuesta de una doble etiología en las disfunciones sexuales ; sobre ello, Kaplan dice "Conceptualizar la etiología de las disfunciones sexuales como fenómenos que se deben tanto a causas remotas como inmediatas. Estas dos series de causas operan a distintos niveles, pero no son incompatibles ni determinan una dicotomía real, sino que mantienen un equilibrio dinámico recíproco. Los datos sugieren que las disfunciones sexuales se deben a factores muy variados y que la intervención puede que tenga que hacerse en múltiples niveles. Masters y Johnson nos han hecho ver las fuentes inmediatas de la ansiedad y de las defensas contra la sexualidad, sin embargo, estos problemas frecuentemente tienen sus raíces en problemas caracterológicos o de pareja más profundos ; éstos deben resolverse, al menos parcialmente, mediante las herramientas conceptuales y técnicas del enfoque psicoanalítico" ³²

³⁰ Kaplan, H. (1978) *La nueva terapia sexual* Tomo I. Ed Abanza. Madrid, España. Pag 202-204

³¹ *Op. cit.* Pag 205

³² *Ibidem* Pag 176

C. PROCESO.

En 1910, Freud postula la existencia de dos corrientes en las que se sustenta la conducta erótica y cuya confluencia asegura una plena normalidad en esta conducta: la corriente cariñosa y la corriente sensual. La corriente cariñosa tiene las siguientes características: es la más antigua, puesto que va a proceder de los primeros años infantiles; se ha constituido tomando como base los intereses del instinto de conservación, se orienta hacia los familiares y guardadores del niño, desde un principio integra aportaciones de los instintos sexuales y componentes eróticos; corresponde a la elección de objeto primario infantil al cual van a ser dirigidos por vez primera los instintos sexuales de manera que se van a experimentar también en ellos las primeras satisfacciones sexuales guiadas por las valoraciones de los instintos del Yo. De acuerdo a esto, en los primeros años de vida van a establecerse, en la corriente cariñosa, ciertas fijaciones que van a perdurar durante toda la infancia y a la cual continúan incorporándosele considerables magnitudes de erotismo, quedando así desviada de sus fines. En cuanto a la corriente sensual, esta aparece en la pubertad y acumula sobre los objetos de elección primaria infantil magnitudes de libido mucho más amplias, la corriente sensual tropieza con la barrera moral del incesto y de esta forma se transfiere a otros objetos ajenos al círculo familiar de la persona, con los cuales sea posible una vida sexual real. Freud dice que estos nuevos objetos son elegidos conforme al prototipo de los infantiles, pero con el tiempo atraen sobre sí todo el cariño ligado a los primitivos, de esta forma el grado de enamoramiento sensual traerá consigo la máxima valoración psíquica.

Menciona que hay dos factores que pueden provocar el fracaso de esta evolución progresiva de la libido. El primero se refiere a: el grado de interdicción real que se oponga a la nueva elección de objeto, es decir que al individuo no le es posible elegir o no puede elegir nada satisfactorio. El segundo factor es el grado de atracción ejercido por los objetos infantiles que se tratan de abandonar, el cual es directamente proporcional a la carga erótica de que fueron investidos en la infancia. Si cualquiera de estos dos factores muestra energía suficiente entonces entrará en acción el mecanismo general de la producción de las neurosis, ocasionando que la libido se aparte de la realidad y se dirija a la fantasía que va a intensificar las imágenes de los primeros objetos sexuales y la va a fijar en ellos; sin

embargo, debido al incesto, este proceso quedará en el inconciente. Freud dice que el **onanismo** contribuye a intensificar tales fijaciones, puesto que en el se exterioriza la actividad de la corriente sensual y va acompañado por fantasías de contenido incestuosas que al acceder a la conciencia provoca la sustitución de los objetos sexuales primitivos por otros ajenos al sujeto (esto provoca que la corriente sensual se intercale con la corriente cariñosa). De esta forma lo que sucede en la impotencia absoluta es que toda la sensualidad del sujeto se encuentra ligada en el inconciente a fantasías eróticas con objetos incestuosos, como la madre o hermanas. En el caso de la impotencia psíquica dice que la corriente sensual no se oculta en su totalidad detrás de la cariñosa, sino que conserva energía y libertad suficientes para conquistar en parte el acceso a la realidad, en este padecimiento, la actividad sexual de la persona no se encuentra sustentada por toda su plena energía instintiva psíquica, sino que se muestra caprichosa, fácil de perturbar, incorrecta en la ejecución y poco placentera, sobre los individuos que padecen esta no confluencia de las corrientes cariñosa y sensual, dice que viven por lo general una *vida sexual poco refinada* y que *perdurar en ellas fines sexuales perversos*. Debido a esto la actividad sexual de la persona se ve obligada a eludir toda aproximación a la corriente cariñosa, con lo que la elección de objeto se ve limitada a la búsqueda de objetos que no despierten el recuerdo de los incestuosos prohibidos y donde pueda fluir tranquilamente la corriente sensual, quedando apartadas del sujeto aquellas mujeres cuyas cualidades pueden inspirarle una valoración psíquica elevada y por las cuales solo puede sentir un cariño eróticamente ineficaz. De manera que la vida erótica de estas personas queda disociada en dos direcciones: el amor divino y el amor terreno, por lo que si aman a una mujer, no la desean, y si la desean no pueden amarla, la persona necesita la degradación psíquica del objeto sexual. Si ocasionalmente el sujeto falla y elige un objeto que le recuerde algún rasgo del incestuoso, las leyes de la sensibilidad del complejo y del retorno de lo reprimido se encargarán de mantener alejada su corriente sensual, la única forma de que el sujeto escape de ser un impotente psíquico es cuando rebaja a su madre al nivel de una prostituta, lo que construye un puente imaginario entre las dos corrientes (Freud, 1910d).

En el trabajo de 1919c, Freud hace una específica referencia a las relaciones existentes entre una identificación femenina masoquista y la impotencia masculina. Esto

coincide plenamente con la posición del varón frente al padre en la situación edípica , que puede simultáneamente ser activa al situarse el niño en el lugar del padre y tratar como él a la madre, y ser pasivo al querer sustituir a la madre y dejarse amar por el padre. La identificación con el lugar del padre resulta ser así uno de los soportes centrales de toda actividad sexual, lo que los convierte también en los más débiles. En algunos textos en donde Freud trata la homosexualidad, dice que en la medida de que la identificación del niño con el padre implica una exigencia de despersonalización para el actor masculino, implica además una aceptación de esa imagen identificatoria que no haga correr un excesivo riesgo de imputación de homosexualidad. Cuando esta despersonalización es excesiva y el riesgo de imputación de homosexualidad se concreta inconscientemente para el sujeto, ocupar el lugar del padre se hace absolutamente imposible, dando lugar a la impotencia cuyo fondo sería un déficit en las identificaciones masculinas, ocurre así que el sujeto se encontraría alejado, en lo que a sexualidad se refiere, tanto de un sometimiento al padre como de una identificación con la madre, por lo que la impotencia sería una expresión transaccional y frustrada de ambas polaridades (Echelegoyen , 1977) Otro factor que relaciona frecuentemente con la impotencia es el temor inconsciente a la castración, en el artículo de 1923, *La organización genital infantil*, Freud destaca que durante la fase fálica se toma en cuenta solo el órgano genital masculino, por lo que la inexistencia del pene en la mujer no se registra en el niño como una especificidad sexual del sexo femenino, sino como una peligrosa mutilación que podría llegar a ser sufrida por el propio sujeto, dentro de la configuración de sus relaciones edípicas; también menciona que el relacionar inconscientemente a la esposa con la madre, podría traer como consecuencia el temor a la castración que ejecutaría el padre interno inconsciente

En relación a la mujer, Freud dice que ella generalmente no infringe la prohibición de la masturbación en la adolescencia y que quizá en eso estriba que la mujer no necesite degradar a su objeto sexual. En ambos sexos, pero especialmente en la mujer, el instinto sexual es sometido a distintas normas sociales por medio de la educación que recibe, el goce sexual se prohíbe, y este es permitido socialmente en el matrimonio, sin embargo, a estas alturas el acto sexual no proporciona ya plena satisfacción puesto que queda un íntimo enlace entre las ideas de prohibición y sexualidad (Freud ; 1918 [1917]). En el mismo texto,

en el apartado de *El tabú de la virginidad*, Freud menciona "La reacción normal al coito nos parece ser que la mujer, plenamente satisfecha, estreche al hombre en sus brazos, y vemos en ella una expresión de agradecimiento y una promesa de su duradera servidumbre. Pero sabemos también que el primer coito no tiene por lo regular tal consecuencia. Muy frecuentemente no supone sino un desengaño para la mujer, que permanece fría e insatisfecha y precisa por lo general de algún tiempo y de la repetición del acto sexual para llegar a encontrar en él plena satisfacción. Estos casos de frigidez meramente inicial y pasajera constituyen el punto de partida de una serie gradual, que culmina en aquellos otros, lamentables de frigidez perpetua, contra la cual se estrellan todos los esfuerzos amorosos del marido... me refiero a aquellos casos en los que después del primer coito, e incluso después de cada uno de los sucesivos, da la mujer expresión de su franca hostilidad hacia el marido, insultándole, amenazándole o llegando incluso a golpearle... el peligro oculto en el desfloramiento de la mujer sería el de atraerse su hostilidad. El primer coito pone en movimiento una serie de impulsos contrarios a la emergencia de la disposición femenina deseable: el dolor, sustitución de la ofensa narcisista concomitante a la destrucción de un órgano. Tal ofensa encuentra precisamente en este caso una representación racional en el conocimiento de la disminución del valor sexual de la desflorada. Existe aún otro factor basado en la historia evolutiva de la libido, que nos parece presentar máxima importancia. La investigación analítica nos ha descubierto la regularidad de las primeras fijaciones de la libido y su extraordinaria intensidad. Trátese aquí de deseos sexuales infantiles tenazmente conservados, y en la mujer en general, de la fijación de la libido al padre o a un hermano; deseos orientados, con gran frecuencia, hacia fines distintos del coito o que solo lo integran como fin vagamente reconocido. El marido es siempre, por así decirlo, un sustituto. De la intensidad y el arraigo de esta fijación depende que el sustituto sea o no rechazado como insatisfactorio. La frigidez se incluye de este modo, entre las condiciones genéticas de la neurosis. Cuando más poderoso es el elemento psíquico en la vida de una mujer, mayor resistencia habrá de oponer la distribución de su libido a la conmoción provocada por el primer acto sexual, y menos poderosos resultarán los efectos de su posesión física. La frigidez emergerá entonces en calidad de inhibición neurótica o constituirá una base propicia del desarrollo de otras neurosis... Por el análisis de un gran

número de mujeres neuróticas sabemos que pasan por un temprano estadio, en el que envidian al hermano el signo de la virilidad, sintiéndose ellas desaventajadas y humilladas por la carencia del miembro, o por su disminución. Para nosotros esa envidia al pene pertenece al complejo de castración. Si entre lo masculino incluíamos el deseo de ser hombres, se adaptará muy bien a esta conducta el nombre de protesta masculina.”³³ En resumen, según Freud el primer coito para la mujer tiene un significado especial puesto que revive en ella la *fantasía de la castración*, y con ello un sentimiento de injusticia por no haber recibido un pene (biológicamente hablando), por lo que la mujer responde deseando inconscientemente la castración del hombre-marido, con ello, la mujer sostiene la fantasía de igualdad anatómica con el varón y niega la herida narcisista que le provoca el no tener pene y estar en una desigualdad anatómica con respecto a él. De esta forma, Freud equipara la *necesidad de degradar el objeto sexual* en el hombre, con la *protesta masculina* en la mujer, estas conclusiones las sustenta con investigaciones que realiza en diversas comunidades aborígenes e indígenas y la ceremonia ritual que acompaña la desvirginización de las mujeres de estas comunidades, y también en el análisis de dos mujeres. De la misma manera, observamos que para Freud la frigidez es el síntoma o la base de una neurosis e incluso la considera como una condición genética de esta.

A lo largo de sus artículos Freud hace referencias, a veces sucintas, en relación a la frigidez y el complejo de Edipo femenino. Según Freud el primer objeto de amor de la niña será la madre, por lo que su primer objeto de amor es homosexual, en varios de sus artículos, como los de 1912, 1924, 1931 y 1953, menciona que la niña tiene un largo periodo de intensa fijación preedípica, este periodo tiene que ser superado por la niña, de lo contrario esta fijación persistirá hasta la edad adulta dando resultado a la homosexualidad femenina, ya sea consciente o inconsciente. (Freud, 1915c) En el mismo texto *Comunicación de un caso de paranoiá contrario a la teoría psicoanalítica*, 1915, probablemente es el más representativo de su pensamiento respecto a los obstáculos edípicos para el acceso a la sexualidad y al goce orgástico, aquí se menciona un doble obstáculo: la fijación narcisista a la madre, ya mencionada y la prohibición de

³³ Freud, S. (1918 [1917]). El tabú de la virgindad. (Contribuciones a la psicología del amor II). Obras completas Vol. 11. Ed Amorrortu. 1980. Buenos Aires, Argentina. Pág. 196-203.

usurpar su lugar por el impulso incestuoso hacia el padre ; esta situación implica que la madre puede descubrir, prohibir y castigar toda expresión sexual vinculada a la fantasía incestuosa reprimida y que es una rival omnipotente y peligrosa. Las relaciones de esta estructura inconsciente con la frigidez pueden ser comprendidas en la perspectiva de la formación de síntomas como efecto característico de lo reprimido. Etchegoyen, 1977, dice que es de suponer que el resentimiento edípico contra los placeres compartidos por los padres en la fantasía de la escena primitiva desempeña un papel importante en la frigidez ; según la teoría de Freud, el coito fantaseado de los padres se transforma en coito paralelo, que llena a la paciente de hostilidad hacia su propio coito ; se interfiere en el v y la mantiene en otra escena imaginaria, alejada de su propia participación erótica, con su frigidez la paciente dirá "el placer es solo de ellos, y yo estoy excluida". Otra forma de explicar esta configuración es a partir de la identificación proyectiva en la pareja interna de los padres, con cuya pareja atacada se identifica el Yo, cuando disminuye la identificación proyectiva surgen los mecanismos obsesivos de controlar y separar a los padres internos, con lo que la frigidez permanece, por lo que solo la reparación de la pareja de los padres internos permite la identificación introyectiva y restaura el goce de la mujer.

Freud dijo, (1924 y 1925), que las mujeres tenían una mayor tolerancia a las fantasías incestuosas, que estas no eran tan intensas como en el varón. Según Freud, el deseo elemental de la niña se orienta hacia la madre, mientras que en el deseo por el padre el placer genital es secundario puesto que lo fundamental es recibir un hijo que la compense por la castración. Según Etchegoyen, desde la perspectiva de *El tabú de la virginidad* de Freud, 1918, se comprende la complicidad inconsciente con el incesto "El marido (o cualquier otro hombre) no despierta excitación ni lleva al orgasmo justamente porque no es el padre. El marido es siempre, por decirlo así, un sustituto. La frigidez, entonces, no parte de una confusión hombre-no padre ; sino de una discriminación inversa : hombre-no padre, no deseable. En este punto, Freud sostiene que cuanto mayor es la tendencia incestuosa mayor es la probabilidad de frigidez y/o mayor la obtención de orgasmo en relaciones clandestinas.

De esto podría inferirse además, que la frigidez selectiva de la mujer se configuraría como reverso de la del hombre, en lo que al incesto se refiere”³⁴

También en la teoría freudiana, se menciona, aunque de manera breve, la importancia de la disfunción sexual en ambos miembros de la pareja. Así, Freud menciona que la frigidez y la impotencia, tienen relación con una posible disfunción sexual en el otro miembro de la pareja.

En resumen, podríamos ubicar en la teoría freudiana el desarrollo de la disfunción sexual principalmente en la fase fálica del desarrollo de la libido y estructurada en torno a:

- El complejo de Edipo. En el hombre: el rechazo de la pulsión incestuosa hacia la madre, cuya persistencia en el inconciente se generaliza hacia todas las mujeres o hacia un género de mujeres equiparadas con ella; la predominancia de una relación edípica pasiva hacia el padre, con una identificación maternal y/o una extrema ambivalencia hacia él. En la mujer: la intensa filiación narcisista y homosexual a la madre en el período pre-edípico; la interdicción del deseo de usurpar el lugar de la madre por el impulso incestuoso hacia el padre, el resentimiento edípico contra los placeres compartidos por los padres en la fantasía de la escena primaria que afecta el propio coito.
- El complejo de castración. En el hombre: los terrores inconcientes de castración. En la mujer: la envidia al pene, que conlleva a sostener la ilusión de la igualdad anatómica con el varón o a atacar la virilidad del hombre, para negar la herida narcisista que le provoca este hecho; el resentimiento provocado por la pérdida de la virginidad y el deseo de castrar al hombre.

³⁴ Eichelgoyen, R (1977): Estudios de clínica psicoanalítica sobre la sexualidad. Ed Nueva visión. Buenos Aires, Argentina. Pag 104.

TRATAMIENTO DE LA DISFUNCION SEXUAL

El tratamiento de la disfunción sexual, no es diferente del propuesto para cualquier neurosis, pues hay que recordar que para Freud la disfunción sexual es un síntoma que expresa el conflicto interno del individuo ; por lo que el psicoanálisis analiza al paciente y no el síntoma.

El aspecto esencial del análisis es que el terapeuta se alía con el Yo del paciente, que está debilitado por el Ello y el Superyo , el propósito es liberar lo reprimido , esto conduce al *pacto* que se establece sobre la base de la llamada regla fundamental . El núcleo de este pacto que el terapeuta establece con el Yo del paciente contiene el requisito de que la persona debe exteriorizar todo lo que se le vaya ocurriendo, no importa si le parece trivial, insensato o penoso, ni tampoco si los contenidos se refieren a la situación terapéutica misma, a vivencias del pasado o a temores para el futuro , el terapeuta promete a cambio poner al servicio del paciente su conocimiento de lo inconsciente y su total discreción (Freud , 1940[1938]).

En este encuadre psicoanalítico, el paciente yace en el diván, con el analista sentado detrás. El paciente no puede ver al analista y se encuentra en un posición distendida, semejante a la de un niño pequeño , esto persigue el propósito de facilitar las tendencias regresivas, el recuerdo del material correspondiente, la declaración de asociaciones aunque sean penosas y agobiantes, así como el desarrollo de la transferencia . El terapeuta en lo posible sale al encuentro del material del paciente con una atención permanentemente flotante, es decir se mantiene receptivo hacia todos los aspectos por igual . En esta situación, el paciente produce un material que en determinada proporción brinca la usual autoerótica del Yo (y del Superyo) y que puede ser sometido a interpretación como proveniente directamente del inconsciente reprimido . En este proceso se destaca en particular el material de los sueños porque en ellos es traído a la luz un material inconsciente (Kris ; 1990)

El analista juega mediante la transferencia, el papel de un objeto primario de amor para el paciente, lo que le permite a éste reeducar los aspectos en que incurrieran sus padres en su educación . Freud dice que el analista no debe abusar de éste poder, sino que debe

respetar la peculiaridad del paciente y que la medida de influencia que haya de considerarse necesaria, estará en función del grado de inhibición del desarrollo que halle en el paciente. (Freud ; 1940 [1938]). De acuerdo con esto, el analista puede corregir muchos de los aspectos que estorban el funcionamiento sexual adecuado del paciente.

En cada paciente existirá una dinámica interna particular, que el analista deberá estudiar y en base a su comprensión podrá ir dirigiendo el análisis hacia aquellos puntos en donde sea necesario , la cura resulta de los cambios dinámicos y estructurales que promueve la labor interpretativa . En Freud el término de un análisis es situado en un cambio de posición del sujeto respecto al trauma del sexo, específicamente en una modificación de la actitud del sujeto con respecto a la castración.

Segun Eichenweyen , en el psicoanálisis el pronóstico de las disfunciones sexuales no está ligado con su intensidad o dramatismo sino mas bien con dos ordenes de factores que hacen a las dificultades o facilitaciones de un proceso terapéutico :

- La estructura de la personalidad del paciente . En estructuras de la personalidad en las que se encuentren muy acentuados los rasgos pregenitales del caracter, de índole oral y anal, el pronóstico se hace francamente mas severo . La omnipotencia, el narcisismo y la envidia, acosan al paciente en relación al sintoma y en una tendencia a neutralizar, anular o interrumpir el tratamiento cuando decide abordarlo , en los casos extremos es frecuente una agravación sintomática como reacción terapeutica negativa . También la excesiva angustia de castración o la intensidad de las defensas contra ella en el varón y el rechazo del genital femenino y la envidia al pene en la mujer constituyen , a parte de la base psicogena del sintoma, la inercia máxima que debe vencerse para lograr una evolución clinica favorable . El peso del beneficio secundario del placer sexual intenso y disociado en las disfunciones sexuales selectivas, configura también un elemento de pronóstico negativo, en la medida en que puede llegar a abofir toda conciencia de enfermedad o voluntad de curación .
- El síndrome psicopatológico subyacente, del cual la disfunción sexual puede ser solo un sintoma sobrecargado o sobrevalorado por el paciente . La correcta evaluación del trastorno psicopatológico subyacente es de primordial importancia .

en el pronóstico y tratamiento del síntoma sexual. Es frecuente que el **síntoma sexual sea la parte egodistónica o la más evidentemente sintomática de un proceso neurótico de mayor amplitud que aqueja al paciente, cuando no una psicosis. Esto es especialmente así en los siguientes cuadros: la histeria, asociada con la impotencia selectiva en el varón y con la frigidez selectiva y *orgásmica* en la mujer; la depresión, asociada con la frigidez total; episódicamente con promiscuidad en la mujer y con impotencia total en el varón, y con inapetencia sexual en ambos; la neurosis de angustia u otras formas clínicas del síndrome ansioso, ligadas con la eyaculación precoz masculina y la controlobia en la mujer; las neurosis obsesivas, asociadas con algunas impotencias selectivas anorgásmicas y *orgásmicas*; Las neurastenias, conectadas con la eyaculación precoz, y/o con impotencia total o parcial; los cuadros borderline, ligados con la impotencia total.** De aquí los problemas pronósticos que se plantean son correlativos con la gravedad del proceso neurótico de fondo y con el papel del síntoma sexual en la constelación neurótica.

En resumen, Etchegoyen³⁵ menciona que dos condiciones son particularmente importantes para un mal pronóstico:

- La existencia de una neurosis de carácter, con una buena adaptación general del paciente, que presenta al mismo tiempo una relativa ausencia de angustia o una importante indiferencia. En este cuadro, el trastorno sexual aparece como una neurosis monosintomática.
- La emergencia de intensa angustia frente a la distanciamiento del síntoma o como correlato de un cierto grado de mejoría o de probabilidad de mejoría.

Sobre el tratamiento actual de la disfunción sexual, Helen Kaplan dice: "La evaluación del paciente obviamente neurótico y de su compañero, plantea un problema diagnóstico más sutil en este campo. El terapeuta no sólo debe determinar si el paciente o su cónyuge padece una neurosis o un trastorno de la personalidad, sino también establecer si

³⁵ Etchegoyen, R (1977) "Estudios de clínica psicoanalítica sobre la sexualidad". Ed Nueva visión. Buenos Aires, Argentina. Pág: 112-114.

el proceso neurótico obstaculiza el tratamiento directo y breve del síntoma sexual y cuál es el medio más eficaz, económico y competente de abordarlo. Es fácil recomendar el psicoanálisis a todos los pacientes neuróticos que padecen trastornos sexuales, pero a menudo no es éste el método que da mejores resultados. En muchas ocasiones la terapia psicosexual de corta duración, en la que se conjuga el tratamiento directo y rápido del síntoma sexual con cierto grado de terapia analítica (terapia insight), procura mayores beneficios al paciente neurótico¹⁶; de esta manera, Kaplan propone no hacer totalmente a un lado las aportaciones del psicoanálisis, sino retomárlas y conjugarlas con las aportaciones de otras corrientes teóricas. Concretamente hace referencia a los conceptos de represión y de resistencia, sobre ello dice "Los conceptos de represión y de resistencia son también valiosos en el trabajo con personas que padecen de problemas sexuales. En efecto, los obstáculos y resistencias que con tanta frecuencia aparecen en el tratamiento de parejas con dificultades sexuales, admiten probablemente una comprensión óptima en función del concepto de resistencia. En otras palabras, es patente que las nuevas experiencias sexuales y modos de relacionarse que entraña el proceso de la terapia sexual, movilizan con frecuencia una gran dosis de ansiedad y de defensas. La resolución de estas resistencias es el *sine qua non* de una terapia sexual eficaz"¹⁷. De la misma forma, menciona en relación a la transferencia que esta no es analizada durante el tratamiento, sino que el terapeuta sexual debe hacer un esfuerzo para no implicarse personalmente con la pareja, sino ayudarla a resolver sus dificultades actuando como catalizador y facilitador.

¹⁶ Kaplan, H. (1985) : La evaluación de los trastornos sexuales. Ed Grijalbo, Barcelona, España. Pág 69.

¹⁷ Kaplan, H. (1984) : La nueva terapia sexual. Tomo I. Ed Alianza, 3a edición. Madrid, España. Pág 210.

CAPITULO II

La modificación de la conducta y la terapia conductual son enfoques psicoterapéuticos basados en la teoría del aprendizaje. La filosofía que subyace a esta aproximación terapéutica no es nueva, inicialmente investigadores de laboratorio conocidos como conductistas, entre ellos C. L. Hull, J. B. Watson, E. L. Thorndike y Pavlov elaboraron principios que intentaban trasladar directamente a una teoría que pudiera explicar y moldear la conducta humana, posteriormente investigadores como J. Wolpe y B. F. Skinner se encaminaron mediante el análisis de la conducta a resolver de manera más directa problemas clínicos, sin desvincularse del laboratorio y sosteniendo la rigidez teórica y metodológica que domina en él, recientemente existe un enfoque cognitivo conductual que intenta conciliar conceptos abstractos como imagen mental o autoobservación con los principios básicos del laboratorio. Debido a este desarrollo y a la gran diversidad de teóricos que colaboraron para el desarrollo de los principios básicos que sustentan a la terapia conductual contemporánea, no es fácil elaborar una definición de ella, sin embargo se pueden mencionar una serie de características afines, la aproximación conductual intenta la aplicación general de principios psicológicos basados en una concepción de la personalidad que le es propia, para la explicación, evaluación y tratamientos de problemas conductuales, los cuales son dirigidos a muchas áreas de la psicología y disciplinas relacionadas, una segunda característica general es su postura rigurosa respecto a los datos observados, el énfasis sobre la validez, métodos cuantificables e investigaciones llevadas a cabo bajo una estricta metodología, finalmente, la aproximación conductual es caracterizada por su operacionalismo, pues intenta suministrar definiciones operacionales de eventos tales como acciones, sentimientos o pensamientos, con actos observados públicamente de un hecho concreto y específico, ya que esto promueve según las terapias conductuales una mayor precisión de la experiencia del paciente, aunque recientemente éste último punto suele aceptar términos cognitivos (Ladouceur, 1983). La meta general de la terapia conductual es crear nuevas condiciones para que se de el aprendizaje, este hecho es fundamental en la teoría de que todo comportamiento es aprendido y por tanto puede re-aprenderse nuevamente. Cuando se usan técnicas comportamentales el papel del terapeuta es el de un maestro, director o experto que diagnostica y prescribe procedimientos tendientes a producir un comportamiento nuevo y más satisfactorio. La terapia sexual ha recibido para su desarrollo una valiosa ayuda de las técnicas conductuales, la forma en que esta corriente terapéutica concibe al ser humano ha permitido importantes avances a corto plazo para algunos pacientes que presentan diversas distorsiones sexuales.

CONCEPTOS BASICOS

A. CONCEPCION DE LA PERSONALIDAD

La terapia conductual tiene una larga historia. Es muy difícil precisar la fecha de su aparición, sin embargo, fue desde inicio de este siglo que sus principios comenzaron a aplicarse para la solución de problemas clínicos. Bouchard y sus colaboradores (1984), mencionan tres importantes escuelas, la de Wolpe, la inglesa y la estadounidense con Skinner principalmente.

Todas estas escuelas fundamentan una particular visión sobre el estudio de la personalidad, uno de los primeros postulados explícitos del estudio conductista es el suponer que la conducta esta sometida a leyes. Los conductistas insisten en la necesidad de un análisis funcional de la conducta, es decir, de un estudio en términos de relaciones causa efecto, en el que las causas son observables. Según Skinner (1938, 1953) este tipo de análisis es posible sin que sea necesario recurrir a los mecanismos que obran en el interior del organismo, al contrario de Watson quien fundaba su teoría en una negación ontológica de los eventos privados, como pensamiento, imagen mental, ansiedad, Skinner propone simplemente una negación metodológica, aceptando que estos fenómenos existen, pero solo su manifestación externa es accesible al análisis. Esta posición epistemológica y metodológica no ha sido aceptada integralmente por todos los conductistas contemporáneos. Recientemente, algunos autores como Bandura o Mahoney, se caracterizan por una orientación cognitiva conductual. En cuanto al desarrollo de la personalidad, en la perspectiva conductista, la adquisición de los repertorios de conducta que constituyen la personalidad acontece según las mismas leyes, importando poco la edad del individuo, de esta manera, las conductas ya adquiridas pueden mantenerse o reemplazarse, en cualquier momento por nuevas conductas. Los cambios estan determinados por las interacciones actuales entre el organismo y su medio. Este modelo no postula como conclusión una estabilidad de las características individuales, sino que el hecho de observar estabilidad se interpreta por la continua presencia de contingencias específicas y una modificación de las contingencias implica una modificación de las conductas.

Muchos aspectos de la personalidad se observan en un contexto social y el análisis de las conductas sociales es emprendido por cada modelo de la personalidad. La concepción conductista sugiere que los principios que determinan el desarrollo de la conducta en un ambiente social son los mismos que aparecen en un ambiente de objetos inanimados. El organismo reacciona con su ambiente y está sometido a contingencias que modifican las conductas emitidas. En esta perspectiva, los términos para describir características de agresión, sumisión, etc., no tienen mayor significación en la medida en que hacen referencia a un conjunto de respuestas específicas manifestables, en situaciones comparables, identificadas claramente. Así para determinar, por ejemplo, si una persona es socialmente asertiva, se observarán sus conductas verbales y no verbales en situaciones de grupo, y en situaciones más impersonales de una interacción individual, o durante una interacción emocionalmente más significativa. Cada una de las respuestas constituye una muestra del repertorio global de conducta de la persona, es decir, de su personalidad (Bouchard y col., 1984).

De acuerdo con lo anterior, la explicación de las conductas humanas se basa en el análisis de las situaciones específicas. Así la conducta de un individuo dependerá de la historia de su aprendizaje, y del grado de similitud entre la situación presente y la situación inicial de la adquisición de la conducta dirigida por el exterior. La unidad de análisis puede ser la situación y entonces hablamos de un modelo situacionista, o pueden ser las características estables y constantes de la persona independientemente de la situación y hablamos de un modelo personalista. Finalmente el término interaccionismo, se refiere a la posición intermedia. Según Bouchard y col. (1984), el modelo interaccionista es el más adecuado, puesto que la conducta parece ser función de un proceso de continua interacción entre el individuo y las situaciones en las que se encuentra. Dichos autores citan a Endler y Magnusson quienes resumen así las cuatro características esenciales del interaccionismo contemporáneo.

1. La conducta es función de un proceso continuo, multidireccional, de retroalimentación, entre el individuo y la situación en la que se encuentra.
2. En este proceso de interacción, el individuo es un agente activo.

3. En cuanto a los aspectos de la persona en la interacción, parece que los factores cognitivos constituyen los agentes determinantes de la conducta
4. En cuanto a la situación, resulta que la significación psicológica que tiene para el individuo constituye un factor causal importante

En cuanto a la terapia sexual de corte conductual Derek Jehu (1979) menciona que al igual que cualquier otra terapia conductual, esta se basa en los principios de la teoría del aprendizaje y que sustenta tres características generales. La primera es que intenta aplicación general de principios psicológicos para la explicación, evaluación y tratamiento de problemas conductuales; estos principios son dirigidos para muchas áreas de psicología y disciplinas relacionadas. Así un extenso cuerpo de conocimientos empíricos, sistemáticos y acumulativos de origen conductual puede contribuir al avance y comprensión de diversos fenómenos. Menciona que aun cuando estos principios no puedan trasladarse estrictamente al área práctica, si constituyen una guía flexible para entender y tratar los problemas, y la experiencia personal del terapeuta será la encargada de adecuar los conocimientos básicos al consultorio.

La segunda característica general de la terapia conductual es su postura empírica, su base en los datos observados y el fuerte énfasis que pone al uso de la validez, métodos confiables y cuantificables de recolección de datos, junto con investigaciones llevadas a cabo bajo rigurosas circunstancias permitidas; de modo que esta postura empírica es esencial para la adecuada evaluación y desarrollo de la terapia conductual, sin alentar a la innovación de nuevos procedimientos que no provengan de una investigación empírica seria y con fundamentos antes de que los nuevos conocimientos se lleven a la práctica. De esta forma, la terapia conductual obtiene gran parte de su avance de mecanismos autocorrectivos que pueden ser llevados a cabo tomando en cuenta una adecuada y periódica evaluación del problema que se está tratando.

Finalmente, la tercera característica general que propone el autor, es que la terapia conductual se caracteriza por su operacionalismo. Un terapeuta conductual trata con acciones, pensamientos o sentimientos de sus clientes, y el intentará suministrar definiciones operacionales de estos eventos con palabras que describan un hecho concreto y específico de forma que puedan ser observados objetivamente. La terapia conductual utiliza

definiciones operacionales de conductas observadas públicamente debido a que solo este tipo de conducta es accesible a la terapia ; eventos de este tipo son los reportes verbales, evidencia física de situaciones a las que le teme, incremento en la sudoración etc , el cliente sin embargo, hablará sobre sus pensamientos y sentimientos que son de tipo privado y la labor del terapeuta será deducir o inferir su conducta observable de tales eventos. Aunque existen restricciones terapéuticas y éticas para la observación directa del terapeuta sobre la conducta sexual del cliente, esta puede ser inferida a partir de reportes verbales del cliente y su pareja. Una segunda razón para enfatizar el operacionalismo es que este promueve una mayor especificación precisa de la experiencia del paciente ; ellos, frecuentemente utilizan términos vagos que son utilizados ideosincríticamente e inconsistentemente. La especificación de tales experiencias en términos de conducta observable públicamente, puede ayudar a la precisión y consistencia de la evaluación, además que permite que estas conductas observables puedan serlo para más de una persona.

B. CONDICIONAMIENTO CLÁSICO

El razonamiento teórico de los terapeutas conductuales tiene sus orígenes en los trabajos experimentales con perros que Pavlov inició a comienzos de siglo. Inicialmente Pavlov estudiaba la fisiología del sistema digestivo empleando a perros como sujetos de estudio, desarrolló una técnica quirúrgica que le permitía canalizar la saliva de uno de los ductos salivales del perro a través de un tubo al exterior de la boca, de modo que pudiera ser medida, en su investigación un solo perro podía ser sometido a varias sesiones de prueba, fueron estas condiciones las que le permitieron observar que los perros que habían pasado varias sesiones comenzaban a salivar antes de que se presentara la comida ; Pavlov se percató de que sus sujetos estaban mostrando un tipo simple de aprendizaje, ya que la salivación empezó como respuesta refleja al estímulo alimenticio en la boca del perro y posteriormente esa misma respuesta era provocada por un estímulo nuevo e inicialmente nuevo. El condicionamiento clásico se refiere básicamente a la gran cantidad de respuestas reflejas que involucran movimientos musculares abiertos o respuestas de índole interno provenientes de órganos y glándulas. De estos experimentos, Pavlov desarrolló un conjunto de procedimientos para estudiar el condicionamiento clásico ; al estímulo que provocaba

confiablemente una respuesta característica lo denominó *estímulo incondicionado*, a esta respuesta *respuesta incondicionada*, el término *incondicionado* se empleó para indicar el hecho de que la conexión entre estímulo y respuesta no es aprendida sino innata, el tercer elemento del paradigma del condicionamiento clásico fue denominado *estímulo condicionado*, el cual puede ser cualquier estímulo que en un principio no provoque la respuesta incondicionada, cuando ésta respuesta ocurre durante el estímulo condicionado y antes del estímulo incondicionado se denomina *respuesta condicionada*, el término condicionado indica que el estímulo solo provocará la respuesta después de que haya tenido lugar el condicionamiento.

Especificando un poco más sobre los componentes del condicionamiento clásico, el estímulo incondicionado tiene como característica esencial que fomenta claramente una respuesta, sin necesidad de adiestramiento previo, a veces, la capacidad del estímulo incondicionado para fomentar una respuesta puede deberse a un aprendizaje que tuvo lugar antes, posiblemente dado por una tendencia innata. La respuesta no condicionada es la que fomenta el estímulo incondicionado, puesto que la característica primaria de la relación entre el estímulo incondicionado y la respuesta no condicionada es que el primero provoca claramente la respuesta no condicionada, esta última es a menudo una respuesta muy refleja, que se produce con rapidez y en forma totalmente automática cuando se presenta el estímulo incondicionado. El estímulo condicionado es el que llega a fomentar una respuesta, al repetirse con el estímulo incondicionado, en un sentido muy real, la aparición de la nueva respuesta llega a ser condicionada a la presentación del estímulo condicionado, de donde procede su nombre. Una de las características muy importantes de un estímulo condicionado es que debe tratarse de algún estímulo que se encuentre dentro de la gama sensorial del organismo, o sea, tiene que ser audible, visible, sensible al tacto o gustable, etc. Una segunda característica importante del estímulo condicionado es que tiene que ser neutral con respecto al reflejo que se estudia, al comienzo del procedimiento de condicionamiento. La respuesta condicionada, es el reflejo que se produce cuando el estímulo condicionado tiene lugar simultáneamente con el estímulo incondicionado, de modo que la operación de hacer simultáneos el estímulo condicionado con el estímulo incondicionado, proporciona el procedimiento esencial de definición para el condicionamiento clásico. Es importante

reconocer que la respuesta condicionada puede no ser exactamente igual a la respuesta no condicionada, aún cuando ambas pueden tener mucho en común, a menudo existen diferencias entre ellas que son fáciles de distinguir. De la misma forma puede haber diferencias en la latencia del reflejo condicionado por oposición al no condicionado, o sea, el tiempo que transcurre entre la aparición del estímulo condicionado y la respuesta condicionada puede ser más largo o más corto, que el que pasa entre la presentación del estímulo incondicionado y la aparición de la respuesta no condicionada. Más allá de estas diferencias cuantitativas, sucede también que algunas veces, la respuesta condicionada se puede describir mejor - y de manera más sencilla como respuesta preparatoria, puesto que prepara al organismo para la llegada del estímulo incondicionado - en consecuencia, los procedimientos del condicionamiento clásico, no sustituyen literalmente una respuesta con otra, aunque la respuesta condicionada y la respuesta no condicionada pueden tener muchos rasgos en común. (Hulse, 1982)

Existen fenómenos básicos en el condicionamiento clásico. Durante la *adquisición de la respuesta*, el grado o fuerza del condicionamiento depende de diversos fenómenos que ocurren durante el proceso - como son - el tamaño o intensidad del estímulo incondicionado, la tasa de aprendizaje, la intensidad del estímulo condicionado y la aparición de estímulos extraños, entre otros. Otro fenómeno que se presenta durante el proceso es la denominada *generalización*, en donde la respuesta condicionada puede aparecer en ocasiones en respuesta a otros estímulos similares al estímulo condicionado, aunque estos otros estímulos no hayan sido nunca apareados con el estímulo incondicionado. La *discriminación* se presenta cuando la respuesta condicionada aparece solamente ante el estímulo condicionado y no ante otro de naturaleza muy similar (Hulse, 1982)

A partir de sus trabajos, Pavlov desarrolló una psicología que encaraba toda conducta -normal y anormal- como una serie de asociaciones estímulo-respuesta aprendidas. Pavlov creía que la conducta anormal era el producto de un condicionamiento conflictivo, y apuntalaba esta hipótesis con un experimento - después de entrenar a un perro para que esperara comida cuando veía un círculo y no esperara cuando veía un óvalo, aproximaba cada vez más la forma del óvalo a la del círculo hasta que el perro, incapaz de distinguir uno de otro, enloquecía súbitamente, gimiendo, forcejeando, mordiendo y aullando. Los

experimentadores norteamericanos que empezaron a trabajar a fines de la década del 20, siguieron los lineamientos de Pavlov. En la actualidad existen terapias basadas en los principios del condicionamiento clásico cuya meta es fortalecer, eliminar o reemplazar conductas, por ejemplo la desensibilización sistemática utilizada en la terapia sexual.

C. DESENSIBILIZACION SISTEMATICA

Joseph Wolpe (1979) repitió al rededor de 1947 algunos experimentos de Pavlov con algunas variantes. Generó la neurosis en varios gatos, aplicándoles descargas electricas mientras los alimentaba en una jaula colocada en su laboratorio. Finalmente, los gatos se negaban a comer en esa jaula, incluso despues de varios dias de inanicion y mucho tiempo despues de suspendidas las descargas. Luego Wolpe intento revertir el condicionamiento, o sea *curar* a los gatos neuróticos, para lo cual debia disociar la alimentacion del temor. En primer termino, les ofreció bolitas de alimento en una sala que sólo se parecia remotamente a aquella en la que les habia implantado la neurosis, con la ansiedad reducida al mínimo aprendieron fácilmente a comer en una jaula instalada en esa sala. Luego repitió el experimento en una sala parecida al laboratorio, despues en una tercera, y por fin en el laboratorio mismo. Bautizó este metodo con el nombre de "inhibicion reciproca" y más tarde lo describió formalmente en los siguientes términos: si se consigue producir una respuesta inhibitoria de la ansiedad en presencia de estímulos generadores de ansiedad la respuesta placentera debe ser más intensa que la ansiedad experimentada, en consecuencia los estímulos generadores de ansiedad deben abordarse escalonadamente, empezando por los más débiles y terminando por los mas fuertes. Su metodo terapeutico supone que tanto en el hombre como en el gato la neurosis no es mas que una serie de habitos de inadaptacion, implantados en el cerebro en forma de conexiones entre las neuronas o celulas cerebrales, conexiones que se pueden desmantelar mediante un entrenamiento rutinario.

La respuesta de la alimentacion era suficientemente intensa y placentera como para vencer la ansiedad en los gatos, pero Wolpe comprendió que dificilmente lo seria en los seres humanos y que tampoco seria fácil de manejar en el consultorio del terapeuta. En consecuencia, buscó una respuesta provista de más significado y cuya aplicacion fuera más sencilla; descubrió que si el terapeuta consigue enseñarle al paciente que relaje

completamente sus músculos , el sistema nervioso simpático comunicará a todo su organismo una serie de condiciones físicas adversas al sentimiento de ansiedad, y si este estado de relajamiento y anti-ansiedad se puede asociar a un estímulo intimidante , lo contracondicionará y lo tornará inocuo , esto solo es válido para el miedo neurótico, en el que el estímulo no representa realmente un peligro material y continuo. Este método de relajamiento muscular asociado al estímulo provocador de ansiedad que ideó se denomina desensibilización sistemática. Antes de aplicar este tratamiento a un paciente , Wolpe ¹⁸ dedica unas horas a recoger su historia , a administrarle test de personalidad , y a meditarle la idea de que su neurosis solo consiste en uno o más hábitos condicionados por la experiencia los cuales puede reemplazar con bastante facilidad por otros hábitos nuevos. Luego empieza a adiestrar al paciente en la técnica del relajamiento muscular profundo, empleando una versión abreviada del método que el doctor Edmund Jacobson describió en 1938 , este método abarca una práctica sistemática encaminada a *desconectar* grupos musculares, primeramente de la frente, luego de la cara, y así a lo largo de todo el cuerpo. Es posible que al principio el paciente necesite 15 minutos de esfuerzos concentrados para *desconectar* totalmente cualquier grupo muscular, pero mas tarde puede lograr el relajamiento completo de todo el cuerpo en pocos minutos . Mientras el paciente aprende este procedimiento, Wolpe y el se dedican también a elaborar una o mas *jerarquías* (listas escalonadas) de estímulos generadores de ansiedad. Según Wolpe y otros terapeutas conductuales , casi todas las neurosis, por muy complejas que sean, pueden fraccionarse en una cantidad finita de respuestas fóbicas a antecedentes de estimulación específicos. La jerarquía es un grupo de estos estímulos con un tema común, siendo naturalmente, los temas específicos y los estímulos individuales únicos para cada paciente.

Mediante este método , Wolpe consiguió vencer según su propio testimonio, no solo fobias clásicas simples sino también todo tipo de condiciones neuróticas complejas , incluyendo la conducta compulsiva , la adaptación social y la neurosis de carácter. También este terapeuta conductual utilizó su método en problemas de índole sexual, según Lehrman (1976), Wolpe dio tratamiento a una mujer que tenía una profunda ambivalencia

¹⁸ Wolpe, J. (1979). Tratamiento de las respuestas sexuales inhibidas. Cap 8. En Práctica de la terapia de la conducta. Ed Trillas, la reimpresión. México. Pag. 189-206.

entre el deseo de ser cariñosa con su marido y el temor a que este la dominara ; procedió a identificar los estímulos inmediatamente previos a su ansiedad, todos los cuales tenían el común denominador de situaciones que implicaban la visión o el contacto del pene, inmediatamente procedió a jerarquizar situaciones imaginarias productoras de ansiedad, utilizando la desensibilización sistemática la mujer aceptó en la vida real la visión, proximidad y contacto que había aprendido a tolerar mentalmente y de esta forma comenzó a disfrutar del sexo Wolpe afirma que existe una equivalencia verdadera entre el estímulo imaginario y el real, y que cuando se neutraliza el primero, se neutraliza el segundo También Leberman (1976) cita que con el 5 al 10% de los pacientes, Wolpe empleaba la excitación sexual para contrarrestar la ansiedad, en los casos en que la copula misma es la situación que la genera, en estos casos el paciente aplica el procedimiento de desensibilización en privado, fuera del consultorio ; en particular menciona el caso de un hombre impotente ; en el cual se le aconseja a la pareja que practique juegos sexuales preliminares a sabiendas de que la copula quedará postergada para mas adelante, al eliminarse así la fuente de temores respecto al éxito o fracaso , las sensaciones placenteras del paciente pueden triunfar sobre la ansiedad menor de los juegos preliminares, e inhibirla , el descondicionamiento prosigue hasta que la consumación misma provoca poca ansiedad

La desensibilización sistemática es el tratamiento elegido para aproximadamente el 70% de los pacientes de Wolpe ; los restantes necesitan a decir de él , además de desensibilización sistemática o en su lugar, una de las muchas otras terapias condicionantes que Wolpe y sus colegas diseñaron ¹⁰

En la practica clinica, la desensibilización sistemática se emplea para un amplio espectro de síntomas , además de las diversas neurosis, se incluyen perturbaciones psicósomáticas Muchos autores han comprobado la eficacia del metodo, aunque se ha demostrado que los dos componentes nucleares - distensión y jerarquía de la angustia - son particularmente efectivos pero no indispensables, ya que se conseguia también eliminar la angustia enunciando las situaciones que la producian sin recurrir a distensión muscular o representándoselas aunque su jerarquía no estuviera clara , como es el caso de la terapia grupal (Kriz , 1990)

¹⁰ *Op.cit* Pág.204

D. CONDICIONAMIENTO OPERANTE

El condicionamiento operante puede caracterizarse como un esfuerzo por descubrir principios generales que puedan predecir que conductas no reflejas producirá una criatura y bajo que condiciones, así, el condicionamiento operante ha ayudado enormemente para el estudio de los procesos de aprendizaje. Los primeros investigadores que estudiaron estas respuestas no reflejas fueron Thorndike, Guthrie y Horton, pero B.F. Skinner realizó amplias investigaciones sobre el condicionamiento operante y sus aplicaciones a la psicología clínica, y de hecho los métodos de análisis de conducta tienen sus orígenes en sus trabajos. El objetivo de estos métodos, es estructurar el entorno del sujeto con vistas a provocar el cambio de conducta deseado, la intervención conductual parte del análisis de la conducta a modificar, y exige la identificación de los estímulos o eventos del medio que condicionan el comportamiento, esto lleva consigo un cambio de condiciones que afectan a la respuesta con objeto de modificarla en el sentido que se pretenda (Ladouceur, 1983)

La conducta es el concepto central de la teoría conductista. Côté y Plante (citados por Ladouceur, 1983) la definen como todo movimiento observable o mensurable de un organismo o de una parte de un organismo. Se habla de condicionamiento operante o instrumental, cuando se da un reforzador deliberadamente congruente con la aparición anterior de la respuesta que se desea que aprenda el organismo. Hulse, 1982, cita a Grant quien identifica tres características de la mayor parte de los experimentos de condicionamiento instrumental. Ante todo el plan experimental típico, utilizará procedimientos que incluyen recompensas o castigos, el término general para las situaciones de recompensa o castigo es el de *reforzamiento*, y algunos tipos especiales de recompensas o castigos se denominan *estímulos reforzadores* o *de reforzamiento*. Aquí es importante aclarar el concepto de reforzador, reforzador positivo, reforzador negativo y castigo, según Hulse (1982) un reforzador es un hecho estimulante que si se produce en la relación temporal adecuada con una respuesta tiende a mantener o incrementar la fuerza de dicha respuesta, una conexión de estímulo y respuesta o de estímulo y estímulo, el reforzador positivo, es aquel estímulo que fortalece una respuesta cuando se da, el reforzador negativo, es aquel estímulo que fortalece una respuesta cuando se retira, el castigo es un hecho doloroso contingente a la producción o la omisión de una respuesta, se administra

para las conductas en curso, con el fin de que cesen. La segunda característica, se refiere a que el procedimiento puede hacer que el organismo produzca o inniba alguna respuesta específica. La tercera característica, se refiere al indicio de discriminación, refiriéndose con ello a un estímulo de algún tipo que le indica al organismo cuando puede o no obtener el reforzamiento, en general, la respuesta operante no se reforzará si se produce cuando el indicio de discriminación no se encuentra presente, ya que este prepara la ocasión apropiada para la conducta que lleva al reforzamiento. Sobre esta base, Grant (citado por Hulse, 1982) propone los siguientes tipos de condicionamiento operante

- Adiestramiento por recompensas: No se dispone de un indicio discriminativo, la respuesta se da y el reforzamiento esta basado en recompensas
- Adiestramiento de discriminación: Si se dispone de indicio discriminativo, la respuesta se da y el reforzamiento esta basado en recompensas
- Adiestramiento de escape: No se dispone de indicio discriminativo, la respuesta se da y el reforzamiento esta basado en castigos
- Adiestramiento de evitación: Si se dispone de indicio discriminativo, La respuesta se da y el reforzamiento esta basado en castigos
- Adiestramiento de omisión: No se dispone de indicio discriminativo, la respuesta se retiene y el reforzamiento se basa en recompensas
- Adiestramiento con castigos: No se dispone de un indicio discriminativo, La respuesta se retiene y el reforzamiento esta basado en castigos
- Adiestramiento de omisión con discriminación: Si se dispone de indicio discriminativo, la respuesta se retiene y el reforzamiento esta basado en recompensas.
- Adiestramiento por castigos con discriminación: Si se dispone de un indicio discriminativo, la respuesta se retiene y el reforzamiento esta basado en castigos

Basicamente, la investigación sobre el condicionamiento operante, puede caracterizarse como un esfuerzo por descubrir principios generales que puedan predecir qué conductas no reflejas producirá un organismo y bajo que condiciones. En relación a esto, se han identificado metodos específicos de modificación de conducta mediante el condicionamiento operante, algunos de los cuales son

- **moldeamiento** : paulatinamente la especificidad de la conducta se va reforzando hasta obtener la deseada
- **discriminación** : una respuesta condicionada muy específicamente a un estímulo, es reforzada diferencialmente ante estímulos parecidos
- **generalización** : la respuesta condicionada a un estímulo específico se presenta ante otros estímulos parecidos

Una de las técnicas más utilizadas en la terapia conductual es el moldeamiento, de hecho algunos autores lo consideran como uno de los tres más importantes tipos de aprendizaje estudiados hasta el momento, junto con el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante (Kazdin , 1996)

E. APRENDIZAJE POR OBSERVACION

Una gran proporción del aprendizaje humano ocurre a través de la observación. Albert Bandura y Richard N. Walters son dos psicólogos que han enfatizado este hecho , básicamente, su idea es que una buena cantidad de aprendizaje ocurre a través de la experiencia vicaria en lugar de experiencia personal, es decir que, las personas observan la conducta de otros, sus consecuencias y después podemos imitar esa conducta. Bandura concluyó que el reforzamiento no es necesario para el aprendizaje de nuevas conductas a través de la observación, pero que la expectativa del reforzador es esencial para la ejecución de estas nuevas conductas (Bandura , 1977)

La teoría de Bandura puede ser llamada cognoscitiva, ya que propone una serie de procesos que no pueden ser observados en la conducta del individuo , él establece que hay cuatro factores que determinan si una conducta imitativa ocurrirá

- Proceso de atención : si la imitación va a ocurrir, el aprendiz debe poner atención en las características apropiadas de la conducta del modelo
- Proceso de retención : el individuo debe retener algo de la información que se ganó a través de la observación, si la imitación va a ocurrir después. Establece que la repetición puede ser importante aquí
- Proceso de reproducción motora : algunas respuestas musculares específicas deben ocurrir durante el curso de una respuesta imitativa , el individuo debe ser capaz de

trasladar algún conocimiento general ; no obstante, el proceso de reproducción motora no debe ser tomado como una garantía total.

- Incentivo y proceso motivacional : de acuerdo con Bandura, los primeros tres procesos son todo lo que es necesario para que un individuo adquiera la capacidad de ejecutar alguna nueva conducta, pero esta capacidad no se reflejará en la conducta del aprendiz sin el incentivo apropiado ; él dice que el individuo debe tener la expectativa de que la ejecución de esta nueva conducta producirá algún tipo de reforzamiento.

Adicionalmente, Bandura examinó los factores que hacen más o menos probable que un observador imite a un modelo ; entre ellos mencionó las características del modelo, características del aprendiz y las características de la situación

CONCEPCION DE LA SEXUALIDAD

Dentro de la aproximación conductual es difícil encontrar una teoría específica de la sexualidad , incluso la definición de la palabra sexualidad o de lo que para un teórico conductual abarca. No obstante, o probablemente por ello, abundan los estudios que abordan aspectos particulares de cuestiones sexuales ; así, las investigaciones de corte conductual tratan temas como el desarrollo de las diferencias sexuales (Maccoby , 1972), desviaciones de la conducta sexual (Baneroff , 1977), tratamiento de las distinciones sexuales (Jehu , 1979), etc. Por otro lado, los investigadores conductuales se han enfocado en la búsqueda de principios universales aplicables a todas las variedades de conducta (Skinner , 1974), la mayoría de estos principios son englobados actualmente bajo el nombre de teoría del aprendizaje y utilizados también para explicar la sexualidad del ser humano. Quizá esto se deba a que el enfoque conductual intenta enfocarse en comportamientos específicos y evidentes para explicarlos, controlarlos y predecirlos.

La aproximación conductual toma en cuenta fundamentalmente, tres esferas que constituyen la sexualidad del individuo : aspectos fisiológicos, aspectos sociales, aspectos de la historia personal. La información acerca de estas tres esferas, es obtenida por ejemplo, mediante la observación directa del comportamiento, la entrevista o los registros de respuestas fisiológicas ante escenas de naturaleza sexual.

En cuanto a los aspectos fisiológicos , estos son tomados en cuenta porque son eventos que de alguna forma proporcionan información objetiva que es paralela a conductas sexuales. De esta manera los estudios sobre la respuesta sexual humana, el papel de la genética, los cambios biológicos que se presentan con la edad, etc. son tomados en cuenta para el diseño de programas conductuales enfocados al área sexual , un ejemplo es la importancia que le asignan a las investigaciones de Masters y Johnson sobre la respuesta sexual humana.

Investigaciones sobre la conducta social, explican el aprendizaje de diversos patrones sexuales del ser humano , los principios preestablecidos culturalmente, las normas religiosas que imperan en la comunidad, etc. condicionan y refuerzan ciertas conductas

sexuales que determinan y mantienen diversas conductas de índole sexual. El aprendizaje por observación interviene también en forma importante, desde la infancia hasta la edad adulta ciertos patrones conductuales son repetidos constantemente, los roles sexuales son un claro ejemplo de ello (Maccoby, 1972)

La historia personal es analizada meticulosamente cuando se aborda un problema en particular, son tomados en cuenta antecedentes psiquiátricos, eventos traumáticos relacionados a la vida sexual, tipo de educación que recibió en esta área, etc. El análisis de eventos pasados ayuda a comprender mejor el comportamiento actual de un individuo y a la planeación de un programa conductual encaminado a modificar la conducta. La terapia sexual es un claro ejemplo de ello.

DISFUNCION SEXUAL : DEFINICIÓN, ETIOLOGIA , PROCESO.

DEFINICION

Masters y Johnson (1979), describieron diversas disfunciones sexuales y elaboraron tratamientos para cada una de estas. En el hombre la eyaculación precoz se definió como la incapacidad para controlar el proceso eyaculatorio durante la penetración vaginal. La incapacidad eyaculatoria se definió como la incapacidad del hombre para eyacular intravaginalmente. La impotencia primaria se definió como la incapacidad a lo largo de la vida del hombre para alcanzar o mantener la erección el tiempo suficiente para lograr el coito exitoso. La impotencia secundaria se definió similarmente, excepto que el sintoma ocurría después de una historia de funcionamiento exitoso.

También se describieron y trataron las disfunciones sexuales de la mujer. La disfunción orgásmica primaria se definió como la incapacidad para alcanzar el orgasmo a lo largo de la vida de la mujer. La disfunción orgásmica situacional se refirió a la incapacidad para lograr el orgasmo en ciertas situaciones o después de un cierto periodo de funcionamiento orgásmico. El vaginismo se definió como un síndrome psicofisiológico donde la contracción espástica e involuntaria de la vagina o de la musculatura pélvica hace imposible la penetración vaginal. La dispareunia se refirió al coito doloroso por cualquier causa, tanto en hombres como en mujeres.

Derek Jehu (1979) quien es un terapeuta conductual interesado en la terapia sexual, adecua en términos conductuales las aportaciones de Masters y Johnson, y agrega otras propias. Dice que en la aproximación conductual los problemas son conceptualizados como maneras, modos o estilos de responder a ciertas situaciones que son inaceptables para el cliente u otra gente. De forma particular para el caso de la disfunción sexual, estos problemas son definidos como respuestas a la estimulación sexual que el cliente y/o su pareja consideran que pueden ser inadecuadas, estas respuestas que pueden ser afectadas por diversas causas, abarcan el interés sexual, la excitación, penetración, orgasmo y placer. Opina que el énfasis en la naturaleza subjetiva de los juicios de inadecuación no debe significar que la conducta actual carezca de importancia, solo que esto no es suficiente en si

para definir la disfunción sexual , menciona algunos probables criterios para aplicar un juicio sobre la adecuación de los componentes de la conducta sexual :

- **El contexto en el que ocurre la conducta** puede proveer de información para delimitar en que ocasiones se juzga como inadecuada la conducta sexual . si esta dificultad responde a alguna estimulación inadecuada durante la relación , proporciona datos acerca de la persistencia de la conducta sexual inadecuada y si ésta se encuentra relacionada con alguna variable en particular , en general, es importante averiguar si ciertas condiciones en donde la conducta sexual ocurre pueden influenciar el juicio sobre su disfuncionalidad
- **Consecuencias de la conducta** La ocurrencia de consecuencias adversas después de la conducta sexual inadecuada pueden incrementar la probabilidad de que esta sea definida como disfuncional. La pareja puede influir positiva o negativamente en lo que el cliente piense y sienta , mediante sus comentarios
- **Desviación de la conducta** La conducta sexual puede desviarse de los estándares normales en diferentes formas y esto puede ser la causa para considerarla como disfuncional. Esto puede ser un síntoma de algún desorden organico, puede contradecir algunas normas sociales, religiosas o morales de la persona
- **Características del cliente** La edad y sexo del cliente pueden influenciar su juicio, en ocasiones cambios normales en la respuesta sexual pueden ser juzgados como disfuncionales
- **Características del juicio** A veces las personas pueden dejarse influenciar por la idea irreal de la conducta sexual perfecta que divulgan los medios masivos de comunicación y pueden desconocer la naturaleza variable de la respuesta sexual

A continuación el autor menciona que debido a estos criterios se dificultan las definiciones generales, sin embargo, en un intento de unificar criterios como una necesidad en la terapia sexual, propone algunas definiciones para las disfunciones sexuales que considera en su libro *Sexual Dysfunction - a behavioural approach to causation, assessment and treatment* publicado en 1979

- **Disfunción eréctil** incluye algún evento vasocongestivo no adecuado en el pene, en donde el cliente es persistentemente incapaz de obtener una suficientemente firme erección, o que mantiene esta durante la penetración y la relación sexual

- **Eyacuación prematura** : una carencia persistente para adecuar un control voluntario sobre el orgasmo y/o el reflejo eyaculatorio
- **Eyacuación ausente o retardada** : un retraso persistente o un fracaso en la ocurrencia del orgasmo y eyacuación a pesar de la presencia de una adecuada erección
- **Eyacuación retrógrada** : es la descarga involuntaria del semen hacia atrás , dentro de la vejiga, en lugar de continuar el semen a través de la uretra, aun cuando el cliente presente orgasmo, su eyacuación no es visible
- **Disfunción vasocongestiva** : consiste en una ausencia persistente de lubricación e hinchazón en los genitales y áreas pélvicas debido a algún proceso vasocongestivo inadecuado durante la estimulación sexual
- **Vaginismo** : una contracción espástica del músculo que se encuentra en el tercio externo de la vagina y el perineo, el cual ocurre como una respuesta refleja involuntaria a una posible penetración vaginal , y hace que la penetración sea imposible o con gran dificultad y dolorosa
- **Disfunción orgásmica** : involucra alguna dificultad persistente o un fracaso en relación al reflejo contractil de la vagina y la musculatura pélvica que forma parte del orgasmo femenino.
- **Interés sexual inadecuado** : tanto en hombres como en mujeres se define cuando sus parejas consideran que el nivel de interés es más bajo que lo que a ellos les gustaría que fuera. De la misma forma cualquier miembro de la pareja puede quejarse de una ausencia de sentimientos durante la relación , o que esta es insuficientemente placentera o satisfactoria para ellos.
- **Dispareunia** : se considera tanto en hombres como en mujeres cuando la relación del cliente es acompañada por dolor
- **Interés sexual inadecuado** : La ausencia de parámetros preestablecidos del interés sexual hace que se juzgue inadecuado solo sobre una base de juicios subjetivos que establece el cliente o su pareja , y que esta acompañado de indiferencia ante cuestiones sexuales, bajo deseo o disparidad entre la pareja a este respecto.

ETIOLOGIA

Masters y Johnson (1979), diseñaron un programa básicamente conductual para tratar las disfunciones sexuales, ellos consideran como las causas de la disfunción, la ansiedad al desempeño sexual, la falta de información, la dificultad en la comunicación sexual y la adopción del papel de espectador durante la relación sexual. Nuevamente ellos no postulan en términos conductuales las causas, aunque se apoyan en la teoría del aprendizaje para postularlas.

Derek Jehu (1979), elabora una descripción desde la aproximación conductual a las causas de las disfunciones sexuales en general y de algunas en particular. Considera las causas en tres categorías generales que pueden operar de forma singular o en combinación.

- Factores orgánicos: incluyen diversas enfermedades, así como también efectos colaterales de ciertas intervenciones quirúrgicas y drogas, menciona que en comparación con las causas de origen psicológico, tal etiología es menos frecuente. De forma más específica menciona algunas enfermedades orgánicas que pueden por sí mismas alterar el funcionamiento sexual, como son los trastornos cardíacos, renales, artríticos, neurológicos, endocrinos, vasculares y de tipo local en genitales. En cuanto a los medicamentos menciona los sedantes, tranquilizantes mayores, antidepressivos, antihipertensivos, narcóticos y anticonceptivos orales.
- Experiencias previas de aprendizaje: este rubro comprende las condiciones de aprendizaje a las que el cliente ha estado expuesto y los procesos aprendidos mediante los cuales estas condiciones ejercen su influencia en su conducta posterior. Las experiencias traumáticas, la educación restrictiva y las relaciones familiares adversas, proveen algunas condiciones de aprendizaje de conductas sexuales disfuncionales, esto remite a considerar el proceso de aprendizaje a través del cual tal conducta es adquirida en estas condiciones. Según Jehu (1979), la aproximación conductual asume que algunos procesos básicos de aprendizaje están involucrados en la adquisición de conductas problemáticas, en base a ello, propone algunas de los procesos que operan en el desarrollo de la disfunción sexual. Las condiciones de aprendizaje en las que se encuentra involucrada la sexualidad frecuentemente están asociadas a eventos aversivos tales como desaprobación o castigo, si estos eventos son simultáneamente apareados con respuestas

y estímulos sexuales en cierto número de ocasiones, un proceso de condicionamiento clásico aversivo puede ocurrir, dando como resultado que el atractivo del sexo sea reducido y en su lugar se instale un foco de ansiedad. Teóricamente, este proceso se distingue del condicionamiento operante de castigo, donde el evento aversivo sigue como consecuencia de la conducta sexual y resulta en un decremento de su frecuencia. En concreto, el resultado del condicionamiento clásico aversivo y del condicionamiento operante de castigo, es un rango variable de declinación en frecuencia sexual y la adquisición de propiedades provocadoras de ansiedad como signos de consecuencias displacenteras, la reducción de estas reacciones de ansiedad y la prevención de consecuencias aversivas originan un aprendizaje para evitar la estimulación y conducta sexual. Por otro lado, en el condicionamiento de evitación pasiva, él o ella aprende a no atender a la estimulación o a no involucrarse con la conducta, por ejemplo, no hablar de sexo o abstenerse a mirar material erótico. En el condicionamiento activo de evitación, la persona aprende patrones de actividades alternativas donde él o ella no manifiestan algún interés en conductas de tipo sexual, por ejemplo, una persona joven que ha experimentado desaprobación o fallas durante sus primeros intentos de relación, puede saturar su tiempo con otras actividades, anulando así la posibilidad para relacionarse con el otro sexo o tener noviazgos. La evitación de la sexualidad por los medios pasivos o activos, tiende a ser muy persistente, ya que la conducta no conlleva a situaciones aversivas, de manera que la conducta es negativamente reforzada por la reducción de ansiedad que produce. Otra razón para la persistencia de la conducta de evitación, es que esta puede ser mantenida por una recompensa inapropiada o un reforzamiento positivo; por ejemplo, un hombre joven puede ser premiado por sus padres por emplear su tiempo en actividades útiles y no desperdiciarlo con chicas. Existen casos en los cuales se combinan dos o más procesos de aprendizaje, como en el caso de la discriminación y el reforzamiento positivo inapropiado, por ejemplo, cuando un hombre tiene una larga historia de obtener el orgasmo (como reforzador) únicamente mediante la masturbación por medio de un camino muy específico, como introducir el dedo por el prepucio hasta conseguir el orgasmo, o masturbarse con un paño de algodón. Un peligro particular de la asociación de eventos aversivos con la sexualidad, es que estos efectos pueden

extenderse de situaciones particulares y conductas específicas en las cuales fueron aplicadas originalmente, a otras situaciones parecidas para el individuo , por ejemplo, la curiosidad y exploración sexual puede no ser aceptada y castigada en la infancia, pero el efecto de esto se puede generalizar y persistir durante las relaciones sexuales maritales. Esta generalización puede ser evitada al clarificar las condiciones en las cuales cierta conducta es interpretada ; por ejemplo, la desaprobación paterna a la masturbación de un niño en público necesita ser acompañada de la indicación de que esta conducta es aceptable cuando se realiza en privado. Finalmente, el aprendizaje directo de experiencias sexuales puede crear conductas disfuncionales mediante procesos de aprendizaje por observación, en los cuales las personas imitan la conducta del modelo. Estas conductas pueden ser observadas en situaciones reales de la vida cotidiana o a través de lecturas, películas o programas de televisión, y la transmisión de conductas no se refiere únicamente a actos sexuales, sino a actitudes y reacciones emocionales relacionadas a la sexualidad. De la misma manera, una carencia significativa de experiencias favorables transmitidas por modelos, puede influir fuertemente en la falta de conductas sexuales deseables , esto puede ocurrir por ejemplo en familias restrictivas donde cuestiones sexuales nunca son discutidas y donde no hay expresión física del afecto entre sus miembros. Por supuesto, no todas las conductas observadas son imitadas, un factor importante para determinar esto son las consecuencias que tenga la conducta del modelo , en general, si el modelo es recompensado por su conducta, el observador estará más estimulado a imitarla.

- **Condiciones actuales :** En este grupo se consideran factores como estrés psicológico, patrones discordantes, reacciones psicológicas a factores orgánicos, síndromes psiquiátricos, información deficiente o falsa, y estimulación deficiente o inapropiada. Aunque las respuestas sexuales inadecuadas de los clientes puedan ser originadas por una enfermedad temprana o una experiencia previa de aprendizaje de naturaleza adversa, esta respuesta esta provocada por ciertas condiciones en el cliente que ocurren en su medio ambiente o en sus pensamientos y sentimientos actuales y tales condiciones contemporáneas también determinan el mantenimiento de la respuesta en futuras ocasiones. El autor menciona que otra de las razones para enfatizar la importancia de las

condiciones actuales que sustentan la conducta disfuncional, es que aunque esta puede ser originada por causas pasadas, esto solo constituye una disfunción cuando es juzgada como inadecuada en la situación actual

En forma general, menciona algunas causas particulares que pudieran estar implicadas en la etiología de las diferentes disfunciones sexuales :

- **Deseo sexual inadecuado** : Factores orgánicos - enfermedades sistémicas que debiliten o estresen en el cliente, administración de ciertos psicotrópicos o antihipertensivos, anticonceptivos orales, intervenciones quirúrgicas como histerectomías , mastectomías, prostatectomías , embarazo - Condiciones contemporáneas - estreses de naturaleza sexual o no-sexual, patrones discordantes, depresión, estimulación deficiente o inapropiada.
- **Disfunción eréctil** - Factores orgánicos - fallas renales, desórdenes locales genitales, lesiones en médula espinal, diabetes mellitus, hipogonadismo, cirrosis hepática, síndrome de Cushing, síndrome de Leriche, oclusión de la arteria ilíaca, priapismo, prostatectomía perineal, simpatectomía, cistectomía, talla suprapúbica, sedantes, tranquilizantes mayores, antihipertensivos, narcóticos. Condiciones contemporáneas - reacciones psicológicas a eventos o a cambios en la respuesta sexual que acompañan a la edad , depresión, ansiedad al desempeño, fobia a los genitales femeninos, a algunos aspectos particulares de su apariencia o secreciones vaginales, transgresiones a normas religiosas y morales, relaciones extramaritales. Experiencias previas de aprendizaje - conducta seductora de la madre, padres perfeccionistas y dominantes, eventos iniciales traumáticos .en las relaciones sexuales
- **Eyacuación prematura** : Factores orgánicos - desórdenes neurológicos, tumores en médula espinal, esclerosis múltiple. Experiencias previas de aprendizaje - Las condiciones en las cuales se desarrolló el aprendizaje del control voluntario del orgasmo y el reflejo eyaculatorio, como estreses y ansiedad, influyen en el actual desempeño , son las causas principales de esta disfunción - Condiciones actuales - conflictos, expresiones de agresión y hostilidad con la pareja, consecuencias aversivas que mantengan la conducta, ansiedad al desempeño
- **Eyacuación ausente o retardada** : Factores orgánicos - fallas renales, gonorrea, lesiones de la médula espinal, mal de Parkinson , simpatectomía lumbar, cirugía de fusión espinal,

cirugía de aneurisma aórtico, antihipertensivos, narcóticos Experiencias previas de **aprendizaje**: educación restrictiva en materia de masturbación o emisiones nocturnas, **excesivo control**. Condiciones actuales: fuerte oposición al embarazo, ideas negativas acerca del semen, pareja no atractiva sexualmente, expresiones de hostilidad a la mujer, estimulación deficiente o inapropiada

- **Eyacuación retrograda**: Factores orgánicos: lesiones de médula espinal, fracturas pélvicas, diabetes mellitus, prostatectomía, simpatectomía lumbar, coleccionna, cirugía de aneurisma aórtico, disección de nódulo linfático retroperitoneal, tranquilizantes mayores, antihipertensivos
- **Dispareunia**: Factores orgánicos: la considera como predominantemente de naturaleza orgánica provocada comúnmente por lubricación vaginal inadecuada, episiotomías, himen rígido imperforado, reacción inflamatoria alérgica a anticonceptivos, como lubricantes, diafragmas o condones, uretritis, enfermedades de transmisión sexual
- **Disfunción vasocongestiva**: Factores orgánicos: deficiencia de estrógenos, diabetes mellitus. Condiciones actuales: estrés, ansiedad, hostilidad hacia la pareja, falta de atractivo sexual en la pareja, estimulación deficiente o inapropiada
- **Vaginismo**: Factores orgánicos: dispareunia. Experiencias previas de aprendizaje: educación restrictiva, eventos traumáticos como violación o abuso sexual. Condiciones contemporáneas: temor al daño, ansiedad asociada a la penetración, transgresión de algunas normas morales o religiosas, temor al embarazo, deficiente o falsa información sobre educación sexual
- **Disfunción orgásmica**: Factores orgánicos: desórdenes renales, diabetes mellitus, enfermedades cardíacas, desórdenes artríticos, desórdenes neurológicos, desórdenes endócrinos, desórdenes vasculares, sedantes, tranquilizantes mayores, antidepresivos, antihipertensivos, narcóticos. Experiencias previas de aprendizaje: experiencias traumáticas, educación restrictiva, relaciones familiares adversas. Condiciones contemporáneas: estrés, ansiedad, excesivo control sobre sí misma unido al miedo de abandonarse a la experiencia, bajo autoconcepto, temor a sentirse subordinada por su pareja, rol de espectador, calidad de la relación con la pareja, estimulación inapropiada o deficiente

Menciona que posiblemente sean necesarias más de una causa para que la disfunción sexual se desarrolle

PROCESO

Masters y Johnson (1979), acentuaban la importancia de las experiencias de la niñez y la adolescencia en el desarrollo de la disfunción sexual, aunque ellos no expresaron su formulación de las causas de la disfunción sexual con una terminología conductual, básicamente lo que propusieron fue un enfoque de la teoría del aprendizaje. Postularon que las disfunciones sexuales eran causadas por las prohibiciones de los padres en relación a la masturbación infantil o al juego sexual, su negativismo frente a la experiencia sexual prematrimonial, a los noviazgos entre adolescentes, a las experiencias sexuales desagradables o traumáticas en la niñez o adolescencia.

Derek Jehu (1979), menciona que existe poca información desde la teoría del aprendizaje, acerca del proceso mediante el cual se establece una disfunción sexual, sin embargo, postula que estos procesos están esencialmente involucrados en la adquisición de cualquier otro tipo de conductas, pero sus contribuciones respectivas a la disfunción sexual quedan por ser investigadas.

- Factores orgánicos: Cuando los factores orgánicos operan, sus efectos adversos pueden proveer directamente de daño a los sistemas fisiológicos involucrando la conducta sexual, o indirectamente las reacciones psicológicas de los clientes con el factor orgánico concerniente, de esta forma el desarrollo de alguna enfermedad puede iniciar por causas reales o efectos psicológicos secundarios y ser mantenida por diversos factores relacionados con los siguientes dos puntos.
- Experiencias previas de aprendizaje: Ciertas condiciones traumáticas, educación restrictiva o relaciones familiares adversas pueden afectar directamente la adecuación del cliente para sus posteriores respuestas a la estimulación sexual, menciona que al respecto existe evidencia de que estas experiencias previas afectan el funcionamiento sexual posterior, y no sucede así con la evidencia que concierne al proceso aprendido mediante el cual se establece la disfunción sexual. De manera más específica menciona que las experiencias traumáticas de tipo sexual están frecuentemente presentes en la

historia de las personas que presentan disfunciones sexuales, estas pueden estar relacionadas con la masturbación, las emisiones nocturnas, actos sexuales con la familia, ansiedad ante la demostración de la sexualidad en la familia , violaciones, abuso sexual, etc. . La educación restrictiva puede desencadenar una disfunción sexual, debido a muchos factores excesivamente morales y religiosos que prohíben el placer sexual , de la misma forma la falta de discusión sexual en forma respetuosa e informada y las expectativas y acatamiento de la sexualidad tachada de inmoral, pecaminosa y sucia que imponen algunos medios de comunicación, los mitos que rodean los roles sexuales como la importancia asignada a la virginidad femenina o a la gran potencia sexual que debe tener el varón , todo esto desencadena una actitud desfavorable para la propia conducta sexual que frecuentemente desencadena en disfunción sexual. Las relaciones familiares adversas, influyen en el niño y el adolescente como el tercer grupo de factores que contribuyen a la formación de disfunciones sexuales , el autor menciona estudios de Masters y Johnson sobre algunos ejemplos de pacientes que en su historia reportaban padres excesivamente dominantes, demandantes y perfeccionistas que contribuyen a la impotencia de sus hijos , destruyéndolos cuando ellos buscaban confirmar su masculinidad y capacidad sexual. Sobre el proceso mediante el cual estas experiencias fueran aprendidas, Derek Jehu menciona que no encontró estudios que específicamente trataran el tema en relación a la disfunción sexual, sin embargo, asume que desde la aproximación conductual, se puede especular acerca de los procesos que operan para el desarrollo de una disfunción sexual. Las condiciones de aprendizaje frecuentemente se asocian con eventos aversivos, tales como desaprobación, castigo, fracaso, decepción o disgusto, y amenaza , estos eventos son simultáneamente apareados con estimulación y respuesta sexual en numerosas ocasiones y el proceso de condicionamiento clásico aversivo puede ocurrir, por lo que el atractivo al sexo es reducido e instala una respuesta de ansiedad en la persona. Teóricamente este proceso se distingue del condicionamiento instrumental de castigo porque en este último, el evento aversivo sigue como consecuencia de la conducta sexual y resulta en decremento de su frecuencia. También puede ocurrir que un peligro particular de eventos aversivos sea asociada con la sexualidad y sus efectos puedan extenderse a situaciones y conductas a las que fueron

aplicados originalmente, creando así ansiedad generalizada en la sexualidad. El condicionamiento de evitación pasiva o activa entran en el proceso cuando un individuo aprende que para prevenir reacciones de ansiedad con consecuencias aversivas, debe evitar estimulación y conductas sexuales, cuando la ansiedad se reduce mediante este proceso la evitación de la conducta es negativamente reforzada, otra razón para la persistencia de la evitación de la conducta es que esta puede ser mantenida por recompensas inapropiadas o reforzamiento positivo. También puede aprenderse a responder certeramente ante situaciones o por caminos específicos, como la masturbación o relaciones con prostitutas y posteriormente estas conductas pueden no ser las adecuadas para otra situación aquí faltaria el aprendizaje discriminativo. Algunas otras conductas disfuncionales pueden ser adquiridas indirectamente a través de procesos de aprendizaje observacional, mediante los cuales los clientes pueden imitar conductas de modelos de pinturas, cine, televisión, etc. También pueden imitar la censura a los temas sexuales que existe en la familia o percibir cualquier evento relacionado con la sexualidad acompañado de reacciones de ansiedad. Finalmente, una contribución a la conducta sexual disfuncional puede hacerse por procesos cognitivos de aprendizaje, a través de los cuales información relevante es tomada, clasificada, retenida y utilizada como una guía para el desempeño sexual, obviamente si esta información no está disponible, no es posible que este proceso opere satisfactoriamente, de esta forma los errores en el proceso cognitivo pueden contribuir a la disfunción sexual.

- Condiciones contemporáneas. En este grupo se consideran factores como estrés psicológico, patrones discordantes, reacciones psicológicas a factores orgánicos, síndromes psiquiátricos, información deficiente o falsa, y estimulación deficiente o inapropiada. Las condiciones de algunos de estos grupos pueden servir para iniciar y mantener una conducta sexual disfuncional. Por ejemplo, si algún aspecto del encuentro sexual es estresante para el cliente, este puede evocar una reacción de ansiedad que inicia un fracaso de la respuesta sexual en esta situación, de la misma manera, si una consecuencia del fracaso es humillante, crítica o provoca una reacción de enojo en la pareja, esta conducta puede muy probablemente mantener la ansiedad del cliente y la disfunción que se vincula. Es por ello que el inicio y mantenimiento funcional de las

condiciones contemporáneas y su importancia es enfatizado en la aproximación conductual. Las condiciones actuales que sustentan la conducta disfuncional, es que aunque esta puede ser originada por causas pasadas, esto sólo constituye una disfunción cuando es juzgada como inadecuada en la situación actual, por ejemplo, un hombre con capacidad erectil puede ser menoscabado por un daño espinal temprano o por el severo castigo a la masturbación, pero él puede quejarse de su inadecuado funcionamiento solo después de su matrimonio. La tercera razón que el autor menciona sobre el interés que la aproximación conductual le asigna a las condiciones contemporáneas es que éstas son el foco para el tratamiento conductual, ya que es imposible alterar sucesos que han acontecido en el pasado, aún si ellos son de naturaleza orgánica o condiciones previas de aprendizaje, sin embargo, si es posible tratar de modificar las condiciones contemporáneas que contribuyen al problema del cliente, de modo que es ésta la estrategia propuesta en la terapia conductual.

TRATAMIENTO DE LA DISENCION SEXUAL

Seguramente la primera aportación específica a la terapia sexual desde las técnicas conductuales, fue realizada por Masters y Johnson alrededor de la década de los 70's . La publicación de sus libros *Respuesta sexual humana* en 1966, e *Inadecuación sexual humana* en 1970, tuvo un fuerte impacto en el tratamiento de la disfunción sexual. El primer libro proporcionó muchos datos sobre la fisiología del funcionamiento sexual y en el segundo se presentó un paradigma del tratamiento de la disfunción sexual, y es aquí donde se presenta por vez primera un programa de tratamiento básicamente conductual . sin embargo, su formulación es en un lenguaje no conductual y atóxico. En el programa de Masters y Johnson, el foco de atención está sobre la pareja y la intervención es breve, de tiempo limitado, directiva y procura la desaparición del síntoma , su programa de tratamiento consiste en un grupo de procedimientos diseñados para tratar las causas inmediatas de la disfunción sexual.

De acuerdo con Derek Jehu (1979), el tratamiento de la disfunción sexual se divide en dos fases generales , la evaluación y el tratamiento. La evaluación de la situación problema requiere una comprensible y detallada descripción en términos operacionales de todos los aspectos del funcionamiento sexual del cliente que son juzgados como inadecuados ya que por medio de una exploración de las condiciones actuales, es posible identificar aquellas que pueden estar influyendo la ocurrencia de la conducta disfuncional. De esta forma las condiciones actuales son enfatizadas en la terapia conductual, sin embargo, la historia personal del cliente no es descuidada o ignorada, puesto que puede proveer de valiosas claves para la influencia actual que sustenta sus dificultades. La evaluación también permite llegar al mejor tratamiento puesto que se toma en consideración la situación medioambiental del cliente, esto es la viabilidad de una pareja regular, la calidad de las relaciones entre ellos, los recursos económicos del cliente, su grado de motivación, sus creencias religiosas y morales, etc . también se toman en cuenta los recursos profesionales del terapeuta y los servicios de que este dispone. Este proceso de evaluación provee la información necesaria para una formulación conductual de la situación problema.

del cliente que incluye una especificación de su disfunción sexual en términos conductuales, algunas hipótesis acerca de las condiciones actuales que influyen su iniciación y mantenimiento, y una estimación de los recursos terapéuticos viables. Esta formulación es discutida con el cliente y su pareja, y forma la base para la negociación del éxito terapéutico con ellos y la planeación de un programa de tratamiento con el que estén de acuerdo. De esta forma la decisión preliminar tomada hasta el momento abarca un programa de tratamiento conductual focalizado en la disfunción sexual, sin embargo, algunas otras formas de intervención con un blanco terapéutico diferente, quizá algún otro tipo de tratamiento médico que alivie un problema orgánico relevante o una terapia marital que reduzca patrones discordantes. De aquí se deriva que el éxito de la terapia conductual para la disfunción sexual es formalmente conceptualizado como la reducción de respuestas inadecuadas y la promoción de alternativas más adecuadas en situaciones sexuales específicas, así como la definición operacional en términos de respuestas deseadas en situaciones particulares; todo lo anterior permite tener una guía de planeación del tratamiento y facilita la evaluación de sus progresos y resultados. Los métodos mediante los cuales se hace la evaluación son la entrevista evaluativa, cuestionarios, pruebas de personalidad, técnicas fisiológicas, y exámenes médicos, el autor propone que se debe emplear alguna combinación de estos métodos para conocer y hacer un balance y una evaluación comprensiva.

La planeación del tratamiento incluye las decisiones concernientes al terapeuta, como el lugar donde el tratamiento será llevado a cabo, el tiempo de su duración y el procedimiento a ser empleado. En la aproximación conductual estos procedimientos son seleccionados e implementados para construir un único programa de tratamiento el cual es elaborado individualmente para la situación de un cliente en particular. Después de el programa particular que ha sido planeado, este es sistemáticamente monitoreado durante el tratamiento y seguido en periodos posteriores. De esta forma el progreso del cliente puede ser evaluado paulatinamente y esto permite hacer revisiones que son necesarias para el plan del tratamiento. Esencialmente la terapia conductual es un proceso educacional en el sentido más general, esto es que provee al cliente con oportunidades para aprender nuevas

experiencias ; estas incluyen un amplio rango de procedimientos conductuales que se adaptan para formar un programa individualizado para el cliente

El tratamiento conductual de la disfunción sexual se centra en tres principales intervenciones que en términos generales pueden ser categorizados dentro de tres contribuciones terapéuticas que proveen la intervención entre el terapeuta y el cliente

1.- **La entrevista terapéutica :** Una función de la relación terapéutica es proveer al cliente con la información que necesita para ratificar algunas deficiencias e inexactitudes en su conocimiento sobre materia sexual que puede estar contribuyendo a su disfunción o impedir el avance del tratamiento. Se puede requerir información sobre los cambios orgánicos normales que ocurren al ciclo de respuesta sexual dependiendo de la edad, y las implicaciones que tienen sobre su capacidad sexual y goce , el proveer tal información puede prevenir o impedir algunas reacciones psicológicas adversas a los cambios orgánicos naturales del proceso de envejecimiento. Las enfermedades, cirugías o medicamentos pueden o no tener efectos colaterales y el cliente debe estar informado de ello , de esta forma también se prevén o impiden las reacciones psicológicas adversas , o se proporcionan formas adecuadas para mejorar la relación por encima de estos cambios. Frecuentemente es también necesario informar sobre la respuesta y anatomía sexual y proveer al cliente con información suficiente y exacta sobre el tema para que se encuentre enterado de las diferencias individuales que ocurren sobre estos patrones de conducta sexual, de esta manera, se puede reducir o anular la anticipación al daño o al fallo que es frecuente en algunas disfunciones sexuales. Las creencias morales y religiosas pueden intervenir, el terapeuta de ninguna manera puede imponer sus propios valores a los clientes , una forma de solucionar este punto es buscar algunas autoridades en el tema para que el cliente reevalúe su propio esquema de valores con un criterio más amplio. Los métodos para proveer la información varían , pueden ser instrucciones del terapeuta, medios audiovisuales, lecturas sugeridas, discusión de sus problemas sexuales y posibles soluciones con otros clientes que tengan dificultades similares. De esta manera la transmisión de información no está restringida a la relación terapéutica

2.- **La modificación de actitudes :** Las actitudes son definidas como una combinación de sentimientos y pensamientos que predisponen a una persona para responder de una manera

positiva o negativa a el objeto de la actitud , y el componente de pensamiento refleja la adecuación y exactitud de su conocimiento acerca del objeto (Jehu , 1979) . Frecuentemente la actitud hacia la sexualidad en los clientes con disfunción sexual refleja puntos negativos , es calificada de denigrante, inmoral, sucia, perversa, anormal . Un elemento que contribuye para un posible y necesario cambio de actitud es la relación terapeutica puesto que su cualidad y resultados del tratamiento son una fuerte influencia para el cliente . la actitud de no-juicio y no-dominancia en la comunicacion espontanea del terapeuta es importante para el cliente . El proveer de alguna explicacion causal acerca de las dificultades que aparentemente son inexplicables y extrañas pueden calmar al cliente y al identificar ciertos patrones que mantienen su conducta disfuncional puede ser una gran motivación para cambiarlos . La autoridad del terapeuta también permite ser una fuerte autoridad para apoyar las actitudes sexuales positivas del cliente

3.- La administración de tareas sexuales y los procedimientos conductuales específicos . a grandes rasgos, las tareas sexuales se centran en el placer general, la estimulación genital y la estimulación y placer durante las relaciones sexuales . Los procedimientos conductuales específicos y tratamientos físicos auxiliares describen un rango de componentes que pueden constituir los programas de tratamiento para la disfunción sexual ; estos componentes son seleccionados e implementados según la situación individual del cliente de acuerdo a la evaluación y la planeación de su tratamiento . Los procedimientos conductuales que describe Derek Jehu (1979), son

a) Desensibilización . Este procedimiento esta fundamentado en las investigaciones de Wolpe con la neurosis de gatos, descrito en el ahora clasico libro *Psicoterapia por inhibicion reciproca* de 1958 . Actualmente el procedimiento terapeutico descrito se menciona como desensibilización sistemática , que usualmente se refiere a una version en la cual el cliente imagina la lista de ítems, mientras se utiliza la relajacion muscular como respuesta alternativa a la ansiedad . En relación a este procedimiento existen muchas variantes técnicas ; Jehu (1979), menciona que una variación tecnica que puede ser especialmente útil el tratamiento de la disfunción sexual, es que la pareja del cliente puede ser involucrada en ciertos aspectos del tratamiento, como la construcción de la jerarquía

y la presentación de los items durante la desensibilización, ya que esto puede facilitar la transferencia del trabajo terapeutico a situaciones reales de la vida.

- b) **Inundación** . Mientras que la desensibilización requiere una exposición gradual a situaciones estresantes con el uso expcito de una respuesta alternativa para aliviar las reacciones de ansiedad, el metodo de inundación consiste en una exposición más rápida y prolongada sin el deliberado uso de respuestas alternativas . Este procedimiento esta apoyado en que algunos individuos tienen un condicionamiento de evitacion en donde aprenden a evitar situaciones sexuales o a escapar de ellas, puesto que los individuos pretenden reducir así la ansiedad que ello evoca y previenen así las anticipadas consecuencias aversivas. Como ya se explicó, esta conducta de evitacion puede ser muy persistente, en parte porque esta negativamente reforzada ya que se acompaña de una reducción de la ansiedad, dando como resultado que el individuo se autolimita y se priva de la oportunidad de aprender que su conducta puede no tener consecuencias aversivas sino placenteras. Por tanto, la inundación pretende corregir esta deficiencia mediante la exposición del cliente a la situación estresante por un prolongado periodo durante el cual se previenen las respuestas de evitacion o escape. De esta forma estas respuestas y sus reacciones de ansiedad asociadas no son reforzadas durante el periodo de exposicion y eventualmente pueden ser extinguidas por el procedimiento de inundación. La situación estresante puede ser presentada en fantasias, fotografías o de manera real.
- c) **Dilatación vaginal** . Tiene características de los procedimientos de desensibilización in vivo e inundación. Este procedimiento ha sido utilizado por ginecólogos desde hace muchos años para el tratamiento de mujeres con vaginismo. Recientemente este procedimiento ha sido incorporado como un componente de un programa más amplio para el tratamiento de esta condición. Inicialmente los programas utilizados por Masters y Johnson, en 1970, utilizaron dilataores vaginales graduados en tamaño, que eran empleados por la pareja. Mas tarde, Kaplan, en 1974, sustituyó estos objetos artificiales por otros no tan inaceptables para la pareja, ella prepuso y empleó la utilización inicialmente de los dedos de la paciente y posteriormente los de su pareja.
- d) **Entrenamiento en fantasias** . Las fantasias tienen una importancia fundamental en la etapa de deseo, pero algunos individuos con disfuncion tienen solo una limitada capacidad para

fantasear. Jelu (1979), cita a Flowers y Boorahem quienes desarrollaron un programa de trece pasos paulatinos para el entrenamiento de fantasías

- e) **Tratamientos físicos auxiliares** : En este punto entran los ejercicios musculares vaginales que se utilizan en el tratamiento del vaginismo y la anorgasmia ; la terapia hormonal y los ansiolíticos también representan una ayuda en fobias muy fuertes o desórdenes hormonales. Por ejemplo, los ejercicios de Kegel fueron postulados en una asociación entre el tono de los músculos pubococigeos y otros músculos vaginales, y un aumento de las sensaciones en esta área que frecuentemente tiene una capacidad limitada para sensaciones durante la excitación y el orgasmo en mujeres con disfunción sexual. De esta forma, el desarrollo de métodos de ayuda a la mujer que se queja de problemas para localizar los músculos relevantes, ejercitarlos y fortalecerlos ayuda al mejoramiento en la respuesta sexual.

CAPITULO III

De las aproximaciones psicológicas abordadas en esta investigación, el humanismo es cronológicamente la más novedosa. Generalmente se considera esta corriente psicológica como una de las tres más importantes que han producido una serie de diversos abordajes psicoterapéuticos. A diferencia del psicoanálisis y el conductismo, la psicología humanista no formuló por lo menos al comienzo un edificio teórico relativamente homogéneo que la definiera. Según Jürgen Kriz, "el concepto *terapias humanistas* define un haz más laxo de variados abordajes, reunidos no tanto por una teoría común, cuanto por una imagen del hombre bastante homogénea y concordancias básicas en los principios del trabajo terapéutico"⁴⁰; por lo tanto, la psicología humanista "se caracteriza por esta tendencia a la heterogeneidad teórica, pero con homogeneidad pragmática y metodológica".

Debido a la amplitud de autores incluidos en esta corriente, se procedera inicialmente a resumir sus postulados básicos, para después retomar a Carl Rogers (quien es uno de los autores humanistas que formula con mayor claridad una estructura teórica, concepción del hombre, metodología y principios psicoterapéuticos, y por lo mismo, se cuenta como una de las personalidades rectoras en este abordaje psicológico. Su enfoque centrado en la persona, es ampliamente reconocido en la psicoterapia sexual, principalmente por lo aplicable de sus lineamientos en el campo de la sexualidad humana. Rogers (1975), conceptualiza tres actitudes básicas necesarias y suficientes del terapeuta para una terapia constructiva: la estimación positiva y calidez emocional (incluyendo el respeto incondicional), la autenticidad (ser congruente), y la comprensión empática. Alvarez-Gayou (1986), menciona que "estos postulados básicos para la relación terapeuta-cliente, son bastante útiles en el área de la sexualidad" y agrega "sus postulados coinciden con las actitudes requeridas por el terapeuta sexual, en cuanto a que la sexualidad con sus sentimientos, es la dimensión que más reprimen los consultantes. Los problemas y el comportamiento sexual siempre se matizan por un sentimiento de vergüenza y *anormalidad*. Sexualidad significa amor y el terapeuta sexual debe ser empático, respetuoso y auténtico"⁴¹.

Pareciera ser que postulados como éste son sobre entendidos en otras aproximaciones psicoterapéuticas, sin embargo, Rogers elabora a partir de ellos toda una psicoterapia dando origen a una forma diferente de concebir al hombre y sus experiencias, que desde la terapia sexual es indispensable.

⁴⁰ Kriz, J (1990) : Corrientes fundamentales en psicoterapia. Ed Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. Pág. 219.

⁴¹ Alvarez-Gayou, J.L (1986) : Sexoterapia Integral. Ed. Manual moderno. México. Pág. 234.

CONCEPTOS BASICOS

A. IMAGEN DEL HOMBRE EN LA PSICOLOGIA HUMANISTA

La principal base filosofica de la corriente humanista es el existencialismo, S. Kierkegaard, F. Nietzsche o J. P. Sartre pueden contarse entre las personalidades más influyentes en esta corriente, específicamente en psicoterapia entre los fundadores y seguidores del humanismo podemos encontrar a E. Fromm, V. Frankl, A. Maslow, L. Perls, J. Moreno y C. Rogers

En esencia la psicología humanista-existencial incluye un énfasis radical sobre el concepto de identidad y la experiencia de identidad como elemento *sine qua non* de la naturaleza humana y de toda ciencia y filosofía de dicha naturaleza (Maslow, 1979)

Krizt (1990) cita a Volker quien agrupa cuatro puntos sobre aspectos básicos de la imagen del hombre de la psicología humanista:

- **Autonomía e interdependencia social** . El hombre, desde su dependencia biológica y emocional postnatal, aspira a independizarse de controles externos. Desarrolla un ser activo capaz de intervenir cada vez más en su propio desarrollo y de tomar sobre sí el desarrollo de su propia vida; esta autonomía debe ser socialmente responsable.
- **Autorrealización** . Aún cuando muchas de las necesidades primarias de un organismo se encuentren satisfechas, el organismo permanece activo, vivo, afanoso de tomar iniciativas y aspirando a desplegar sus capacidades creadoras. Es decir, que entre las fuerzas impulsoras básicas del organismo, los humanistas incluyen las tendencias a la autorrealización o necesidad de crecimiento, que en permanente intercambio con el mundo social, en circunstancias favorables, despliegan y diferencian aún más las capacidades existentes.
- **Orientación por la meta y el sentido** . Las acciones son por principio intencionales, es decir que se estructuran con arreglo a un sentido y se orientan hacia metas, constituyendo para la conciencia un puente entre realidad interior y exterior. Además, es esencial la fijación de metas que trascienden al ser por la búsqueda de sentido y cumplimiento más allá de la propia existencia.

- **Totalidad** : Junto con la psicología de la Gestalt, la psicología humanista considera al ser humano como gestalt, y pone el acento en el carácter total de sentimiento y razón, de cuerpo y alma.

Sobre este mismo tema, Ernesto J. Ruge, en su artículo de 1996 *El concepto del hombre en la corriente humanista existencial*, menciona los siguientes supuestos básicos en los que se basa esta concepción

- Cada uno de nosotros posee una naturaleza interna , de base esencialmente biológica , que es hasta cierto punto natural, intrínseca, innata e inmutable o, por lo menos, inmutante
- La naturaleza interna de cada persona es en parte privativa de sí y en parte común a la especie
- Es posible estudiar científicamente esta naturaleza interna y descubrir, no inventar, como es
- Esta naturaleza interna, en la medida en que nos es conocida hasta el momento, no parece ser intrínseca, primordial o necesariamente perversa. Las necesidades básicas son de vida, inmunidad, seguridad, pertenencia, afecto, respeto, autorrespeto y autorrealización. Las emociones básicas son neutrales, premorales o positivamente buenas.
- El ansia de destrucción, el sadismo, la crueldad, la malicia, etc. parecen hasta ahora no ser de naturaleza intrínseca, sino más bien son reacciones violentas contra la frustración de nuestras necesidades intrínsecas, emociones y potencialidades. Así, se puede decir que la ira, el miedo, la pereza y la ignorancia no son malos en sí mismos , aunque en algunos casos pueden llevar a un mal comportamiento. La naturaleza humana no es tan mala como se creía, más bien se puede decir que se han subestimado las potencialidades de la misma

El enfoque psicoterapéutico humanístico-existencial, se funda en la premisa filosófica de lo que significa el ser, y se basa en el concepto de que los hombres no pueden escapar de la libertad, que a la vez va de la mano con la responsabilidad. La psicología humanística existencial se aboca en lo principal a la condición humana, y en vez de ser una serie de

técnicas para influenciar a los consultantes , enfatiza una actitud de comprensión hacia las personas.

En relación a la concepción filosófica que tiene Carl Rogers del hombre, es importante mencionar que comienza a tratar el tema a raíz de su contacto con la filosofía existencial. En su libro *El proceso de convertirse en persona* (1984), dedica la cuarta parte a la filosofía de la persona , desarrolla conceptos que tienen que ver con las metas del individuo y la libertad, su filosofía gira en torno de una intuición básica acerca de la persona humana. En Rogers existe una exaltación de la fuerza de la naturaleza humana, Gondra dice " nos propone la imagen ideal de una persona totalmente fundada en su corporeidad orgánica. La meta de la terapia es una persona totalmente abierta a su naturaleza orgánica, y plenamente guiada por los valores de su organismo" ⁴². Rogers (1985) establece ciertas conclusiones generales acerca de la naturaleza humana , la primera conclusión, es que la naturaleza humana es esencialmente positiva, dinámica, constructiva, realista y digna de confianza, no es perfecta, ni hostil, ni antisocial, ni destructiva, esta filosofía optimista la fundamenta con la experiencia clínica referentes a las fuerzas de crecimiento de sus clientes , la segunda conclusión, es que la naturaleza humana es capaz de autocontrolarse, no necesita de controles externos para funcionar adecuadamente, la persona ideal y madura eliminaría todo valor social introyectado y controlaría su conducta mediante el propio organismo, la tercera conclusión, es que la naturaleza humana es eminentemente racional y lógica, el organismo humano es capaz de dirigir la conducta porque carece de contradicciones internas , la cuarta conclusión, se refiere a que la naturaleza humana es social, los valores dictados por el propio organismo individual son valores al mismo tiempo sociales, es decir, comunes a la especie , la quinta conclusión, es que la disociación del hombre es debida a la cultura, y las deficiencias ambientales son las causas que bloquean la tendencia actualizante. Rogers, también sostiene que el hombre no solo es naturaleza animal sino además es persona, es decir, es autoconciencia, libertad y proyecto, entre otras cosas , dice que la persona óptima, tendrá plena conciencia de sí misma, sin barreras ni impedimentos que la separen de las experiencias, esta conciencia es fuente de poder y riesgo, es la cúspide de la

⁴² Gondra, A (1975) "La psicoterapia de Carl Rogers, sus orígenes, evolución y relación con la psicología científica". Ed Española Desclée de Brouwer. Bilbao, España. Pág. 138

evolución ; sobre la libertad, menciona que la persona es libre, el proceso terapéutico es un aprender a ser libre y pleno. Básicamente, la filosofía de Rogers es optimista.

Para concluir este apartado se citan las palabras de María Ladi Londoño, quien se reconoce a si misma como psicóloga humanista. " El enfoque humanista por la persona total no admite fragmentarla, ni ocultar o sojuzgar algunas de sus zonas corporales o determinados periodos de su existencia. Promueve el respeto por todos, incluyendo los que tienen estilos de vida diferentes a los de uno, a quienes no podemos condenar y menos aún controlar, en razón de que no los entendemos. El humanismo no busca, no podría buscar adaptación de las personas al medio social o a los valores tradicionales, usualmente ajenos a las necesidades humanas. Al contrario, apunta y reafirma su profundo respeto porque cada persona encuentre y ocupe su propio espacio en la vida, con una posición crítica, plástica, de proceso permanente".⁴³

B. CONCEPTOS BASICOS EN LA TEORIA DE CARL ROGERS

El concepto de sí mismo

Uno de los constructos centrales de la teoría de la personalidad de Rogers es el sí mismo, éste se diferencia en el curso del desarrollo de la primera infancia a partir de percepciones corporales en interacción con el ambiente, el *si mismo* organiza y estructura por una parte experiencias y, por la otra, las desmiente o desfigura cuando no guardan relación con él, con la autoimagen (Kriz, 1990). Gondra (1975) cita a Rogers en relación al concepto de sí mismo "la abundancia de la evidencia empírica relativa a los cambios operados durante la terapia en las actitudes de las personas para consigo mismas, en las percepciones de sí mismas, y en su conducta, nos ha llevado a intentar formular una teoría que incluya estos hechos, una teoría que supone el uso del constructo teórico llamado sí mismo".⁴⁴ Sobre el mismo concepto, Gondra expone la definición operativa de la manera siguiente " La estructura del sí mismo es una configuración organizada de las percepciones de sí mismo que son admisibles en la

⁴³ Ladi, L.M (1982). Sexualidad y humanismo. Ponencia presentada en el Primer Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual en Asunción, Paraguarí, Cuba, Colombia. Pág.1-2.

⁴⁴ Gondra, A. (1975). La psicoterapia de Carl Rogers, sus orígenes, evolución y relación con la psicología científica. Ed Española Desclee de Brouwer. Bilbao, España. Pág. 124.

conciencia. Se compone de elementos tales como las percepciones de las propias características y capacidades; los perceptos y conceptos de sí mismo en relación con los demás y con el medio; las cualidades de valor que se perciben como asociadas con las experiencias y con los objetos; y las metas e ideales que se perciben como poseyendo valor positivo o negativo. Es por tanto, la pintura organizada existente de la conciencia, bien como figura, bien como fondo del sí mismo, y en relación conjunta con los valores positivos o negativos asociados a estas cualidades y relaciones, percibidos como existentes en el pasado, presente y futuro"⁴⁵; finalmente, Gondra menciona las características principales del sí mismo

- Es consciente solo incluye aquellas experiencias o percepciones simbolizadas en la conciencia. Las experiencias inconscientes quedan excluidas del mismo. La necesidad de brindar una definición operativa y susceptible de medición, constituye una de las principales razones que llevan a Rogers a concebir el *self* en términos conscientes.
- Es una *gestalt* o configuración organizada por lo tanto se rige por las leyes de los campos perceptuales. Ese carácter de totalidad organizada sirve para explicar las grandes fluctuaciones en los sentimientos o actitudes hacia sí mismo observadas en las personas, cuando la organización es sólida y estable, entonces las actitudes serán positivas, si se rompe la organización, entonces el sí mismo es experimentado como inconsistente y poco firme, las actitudes hacia él cambiarán y se harán negativas.
- Contiene principalmente percepciones de uno mismo, y también valores e ideales.

Tendencia actualizante

Rogers atribuye al organismo la característica de ser una *gestalt* o configuración organizada, por lo tanto, este es superior a las partes y por ello trasciende la suma de las mismas, el término *organismo*, se refiere a la totalidad de aspectos físicos y psíquicos del hombre, no solo a lo corpóreo. Según Gondra, 1975, una de las características más notables de la teoría motivacional rogeriana, es la admisión de un único motivo básico, sustrato de todos los demás, y al cual pueden reducirse los mismos. En la teoría de 1951, este impulso básico es llamado *tendencia actualizante*, y todas las demás necesidades de la persona se

⁴⁵ *Idem*

consideran como aspectos parciales de la misma, sin embargo, esto no quiere decir que se niegue la existencia de los demás motivos o necesidades. El organismo humano, según Rogers esta constituido por este sistema impulsor llamado tendencia actualizante, la cual mueve al ser humano en dirección a lo que se define como crecimiento, maduración, enriquecimiento vital ; esta tendencia es inherente a todo organismo y necesita que el medio le ofrezca un clima psíquico y físico adecuado, porque de lo contrario puede agotarse. Rogers habla de "una confianza ilimitada en las facultades de la persona todo organismo está animado por una tendencia inherente a desarrollar toda su potencialidad de un modo que queden favorecidos su conservación y su enriquecimiento"⁴⁶. La tendencia actualizante tiene la misma dirección de la vida orgánica, la consideración de un carácter positivo en la vida orgánica en general, parece ser que es lo que lleva a Rogers a identificar la motivación humana básica con la dirección positiva de la misma. Los aspectos de la tendencia actualizante destacados por Rogers son dos principalmente: la conservación del organismo, y su expansión y progreso. Para finalizar este apartado, cabe mencionar que la teoría de 1959, Rogers sintetiza todos los aspectos del organismo y del campo fenoménico en torno a las características del niño pequeño, en quien es más patente el organismo sin los aditamentos culturales y sin el desarrollo de otros sistemas superiores, las características fundamentales del niño son

- Percibe su experiencia como si fuera realidad, para él la realidad es su experiencia, cuyo conocimiento es patrimonio exclusivo suyo, ya que nadie puede asumir plenamente su marco interno de referencia.
- Tiene una tendencia básica a actualizar su organismo.
- Su conducta es el empeño intencional por satisfacer ese impulso básico en la realidad por él percibida.
- En esta interacción se comporta como un todo organizado.
- Esta inmerso en un proceso evaluador organizativo.
- Su conducta se regula conforme a los valores resultantes de este proceso.

⁴⁶ Rogers, C. (1985): Terapia, personalidad y relaciones interpersonales. Ed Nueva visión. Buenos Aires, Argentina. Pág. 24.

Estas son las características del organismo, el cual entra en conflicto con el concepto de sí mismo, producto del desarrollo humano y de la interacción del organismo con el medio.

Incongruencia

El carácter unificado del organismo del niño no va a durar mucho, ya que en el seno de su campo perceptual va a ir diferenciándose progresivamente una nueva porción llamada *self*, que en el curso ordinario de los acontecimientos, no coincide con todas las experiencias del organismo. Esta representación en la conciencia de ser y de funcionar, se complica por la interacción con el medio, con personas significativas socialmente, de aquí nace el *concepto del sí mismo* del niño, el cual es una configuración organizada, que contiene todas aquellas percepciones relativas a uno mismo, a su relación con los demás, y los valores y objetivos de la persona. En el caso del niño, al comienzo los valores son los que proceden del proceso de evaluación directa; progresivamente, el cuadro se complica con la introducción de otros valores procedentes del exterior, a partir de este momento los valores del niño no son calibrados conforme al criterio de su tendencia actualizante, sino conforme a criterios de otras personas o grupos sociales.

Desde el mismo momento en que se establecen estas condiciones de valor con respecto a las propias experiencias, el niño comienza a construir su concepto de sí mismo sobre una base distinta de sus experiencias orgánicas. El yo comienza a disociarse del organismo, lo cual supone una disociación en el campo perceptual del individuo, una represión de ciertas experiencias, y una nueva valoración de las experiencias dictada por el concepto del sí mismo. En resumen, se desarrolla un *self* opuesto y contrario a las experiencias, en este desarrollo participan elementos como la organización del campo perceptual y la represión.

Una de las consecuencias de lo mencionado anteriormente, constituye el tercer concepto central de la teoría de Rogers: la incongruencia, ésta se refiere a la discrepancia entre la vivencia del organismo y su autoimagen. Si la incongruencia es alta, la tendencia a la actualización produce conflictos, por una parte ella sostiene la autoimagen, embellece la imagen que uno tiene de sí mismo, pero por otra parte, el organismo aspira a hacer justicia a

sus necesidades. Organismo y sí mismo se esfuerzan entonces en direcciones diferentes y el organismo, que desde ahí se insinúa, es la base de la angustia (Rogers , 1983) La conducta esta regulada unas veces por el sí mismo y otras veces por aquellos aspectos de la experiencia del organismo que no son incluidos en el sí mismo , así, para mantener la estructura del sí mismo, son necesarias ciertas reacciones defensivas La personalidad resultante está dividida, produciendo tensiones y un funcionamiento inadecuado debido a esta falta de unidad. En 1959, Rogers atribuye esta disociación a un proceso natural , no es una elección consciente, sino una evolución natural, aunque trágica, desde la infancia. En 1963, corrige y afirma que se trata de una canalización perversa de la tendencia actualizante (Gondra , 1975).

Teoría de la personalidad.

Rogers expone y elucidada más explícitamente sus ideas sobre la teoría de la personalidad en la forma de diecinueve tesis, que se reproducen textualmente (Rogers ; 1985) :

- I. Todo individuo existe en un mundo de experiencia que cambia permanentemente, cuyo centro es él.
- II. El organismo reacciona frente al campo tal como el lo experimenta y percibe. Este campo perceptivo es *realidad* para el individuo.
- III. El organismo reacciona al campo perceptivo, como un todo organizado.
- IV. El organismo tiene una tendencia básica a actualizarse, conservarse y acrecentarse en tanto es organismo que hace experiencias.
- V. La conducta es en principio el intento del organismo, orientado hacia metas, de satisfacer sus necesidades según lo consiga dentro del campo así percibido.
- VI. Esta conducta dirigida a metas es acompañada y en general es promovida por emociones. Estas guardan relación con la procura de todos los aspectos **consumatorios** de la conducta, y la intensidad de la emoción se relaciona con la importancia percibida de la conducta para la conservación y elevación del organismo.
- VII. El mejor punto de partida para la comprensión de la conducta es el sistema de referencia interno del propio organismo.

VIII. Una parte del campo perceptivo total se desarrolla poco a poco hasta convertirse en el *si mismo*

- IX. Como resultado de la interacción con el medio y, en particular, de la interacción de orden valorativo con otros, se forma la estructura del *si mismo*. Se trata de una estructura organizada y fluyente, pero plenamente antelectiva, llena de percepciones de características y relaciones del *si mismo*, junto con los valores que corresponden a esos esquemas
- X. Los valores inherentes a las experiencias y los valores que son parte de la estructura del *si mismo*, han sido experimentados directamente por el organismo, o bien introyectados o tomados de otros, pero en este último caso se los percibe en forma desfigurada, como si hubieran sido experimentados de modo directo
- XI. Cuando en la vida del individuo emergen experiencias ellas son a) simbolizadas, percibidas y organizadas dentro de una relación con el *si mismo*, b) pasadas por alto porque no presentan ninguna relación percibida con la estructura del *si mismo*, o bien c) simbolizadas por vía de desfiguración o desconocimiento porque la experiencia no concuerda con la estructura
- XII. Las modalidades de conducta adoptadas por el organismo son las más de las veces aquellas que concuerdan con la imagen del *si mismo*
- XIII. La conducta en muchos casos puede ser causada por necesidades y experiencias orgánicas que no han sido simbolizadas. Esta conducta se puede situar en contradicción con la estructura del *si mismo*, pero en estos casos la conducta no es *propia* del individuo
- XIV. Una adecuación psíquica se produce cuando el organismo niega ante la conciencia importantes experiencias sensoriales y corporales, que, en consecuencia, no son simbolizadas ni organizadas en la *Gestalt* de la estructura del *si mismo*. Cuando esta situación se presenta existe una tensión psíquica básica o potencial
- XV. Existe una adecuación psíquica, cuando el esquema del *si mismo* es de suerte que todas las experiencias sensoriales y corporales del organismo son o pueden ser asimiladas en un plano simbólico, dentro de una relación de concordancia con aquel esquema

- XVI. Cualquier experiencia que no concuerde con el organismo o con la estructura del *si mismo*, puede ser percibida como una amenaza, y mientras más frecuentes sean estas percepciones, más rigidamente se organizará la estructura del *si mismo* a fin de conservarse
- XVII. En determinadas condiciones, de las cuales la principal es la total ausencia de amenaza para la estructura del *si mismo*, experiencias que no concuerden con esta serán percibidas, examinadas, y la estructura del *si mismo* será revisada para asimilar e incluir experiencias de esa índole.
- XVIII. Si el individuo percibe todas sus experiencias sensoriales y corporales, y las recoge dentro de un sistema consciente e integrado, necesariamente será más comprensivo con los demás y en su conducta aceptará más a los otros en tanto individuos
- XIX. A medida que el individuo percibe y acepta más de sus experiencias orgánicas dentro de su estructura del *si mismo*, se encuentra con que sustituye su actual sistema de valores. Que en buena parte consiste en introyecciones simbolizadas por vía de desfiguración, por un proceso valorativo orgánico y continuado

C. LA PSICOTERAPIA DE CARL ROGERS

De la no directividad a la persona del cliente.

La psicoterapia de Rogers, según Gondra (1975), nace cuando éste consigue crear una técnica terapéutica y un método de análisis científico propios, que le permiten cuestionar el punto de vista tradicional que produce un diagnóstico fundado en la superioridad del terapeuta. Es en este momento, que su psicoterapia comienza a profundizar con sus intuiciones originarias y empieza a construirse en torno a la persona del cliente, la penetración en el mundo íntimo del cliente comienza a ser considerada como la tarea del terapeuta. En consecuencia, la relación terapéutica se hace más humana y va cobrando cada vez más relieve, la atmósfera necesaria para la terapia pierde su tecnicismo inicial y se funda en las actitudes del terapeuta. El proceso terapéutico es concebido de un modo mucho más profundo que antes, y comienza a ser estructurado en torno al cambio más profundo en la personalidad del cliente, es decir, en torno a la desorganización y reorganización del concepto de sí mismo.

En esta etapa, la terapia de Rogers se encuentra en una fase de centramiento en la persona del cliente y su campo fenoménico. En resumen, la terapia centrada en el cliente, no directiva, propone unos métodos concretos de acción, desde que Rogers define a la terapia como una relación terapéutica. El *rappont* inicial, propone una relación altamente estructurada y concreta, con carácter permisivo. Las características de la relación son: existe un vínculo emocional entre el cliente y el consejero, existe permisividad en lo que respecta a la expresión de sentimientos, es una relación estructurada y con límites y, es una relación libre de todo tipo de presión o de coacción. Las fases del proceso terapéutico son: la catarsis o desahogo emocional, el desarrollo del insight, y las acciones positivas resultantes del insight. Las técnicas de la terapia son: seleccionar a los clientes, crear una relación, y el uso de la clarificación verbal.

Esta etapa está caracterizada por su énfasis en la actitud empática del terapeuta, por el interés de los cambios operados en la personalidad y percepciones del cliente, y por el empeño en la construcción de una teoría científica de la terapia.

De la persona del cliente a la relación interpersonal

En esta etapa, la relación terapéutica, va a ser concebida como una relación interpersonal plena, y va a constituir, junto con el proceso terapéutico, el tema principal de la terapia de Rogers (Gondra, 1975). También en esta etapa, es muy importante el papel que tiene la filosofía existencial en la concepción de Rogers, el, introduce una nueva condición terapéutica, basada en la autenticidad existencial o congruencia del terapeuta y en la propia subjetividad personal del terapeuta dentro de la terapia. El empeño del terapeuta no consiste únicamente en asumir el marco interno de referencia del cliente, sino que además debe poner toda su persona al servicio de una verdadera relación interpersonal.

Debido a lo mencionado anteriormente, las técnicas dejan de formar parte de las condiciones de la terapia y son consideradas como elementos secundarios. En esta etapa, la terapia es un encuentro entre dos personas y por ello la cualidad esencial es la sinceridad y la autenticidad existencial, debido a ello, pone un énfasis fundamental en las actitudes del terapeuta. El proceso terapéutico es concebido como un proceso en el que uno se hace una persona plena, y en el que uno llega a ser en su conciencia lo que verdaderamente es en su organismo. El proceso ya no es una sucesión de etapas rígidas y estáticas, sino un continuo

fluir de experiencias ; el cambio terapéutico no consiste fundamentalmente en el paso de una etapa a otra, sino en un cambio sobre el modo de experienciarse a uno mismo. El proceso terapéutico, adopta el modelo de un continuo físico y se construye en torno a un nuevo concepto teórico el *experencing* o proceso de experiencias inmediatas. Este concepto, abre la terapia de Rogers a una concepción mucho más existencial del proceso terapéutico y supone la superación de la anterior etapa fenomenológica en pro de una concepción más amplia y existencial (Gondra, 1975)

Los siguientes conceptos pertenecen y son básicos en esta etapa que constituye un avance en la concepción psicoterapéutica de Carl Rogers

D. ACTITUDES BASICAS DEL TERAPEUTA

Rogers (1985), conceptualizó tres actitudes básicas, necesarias y suficientes, del terapeuta para una terapia constructiva, estas describen perspectivas para ofrecer una relación interhumana con miras a producir cambios con eficacia terapéutica. Con estos tres aspectos de actitud, el encuentro terapeuta-cliente es más bien una relación de compañeros, aunque con demandas diferentes; el cliente debe poder experimentar que el terapeuta lo acompaña comprensivamente en la exploración de su *sí mismo*, lo alienta con su actitud, no lo juzga, y acepta sus problemas sin despojarlo de su responsabilidad sobre ellos

- Estimación positiva y calidez emocional: también denominada como aceptación y respeto, trata sobre la medida en que el terapeuta puede y quiere vivir al cliente como un prójimo y entregarse a un encuentro existencial con él, sin incluirlo en categorías valorativas o de utilidad sobre la base de sus acciones, cualidades o palabras. Lo esencial entonces es saber si el terapeuta a podido ver en el cliente al ser humano, o a causa de sus propios problemas. de esquemas aprendidos, es capaz de reaccionar solo de un modo esquemático frente a un haz de roles, acciones y palabras. Esta aceptación incondicional del cliente no significa aplaudir sus acciones, ni compartir sus actitudes, más bien se refiere al hecho de poder sentir, más allá de éstas estructuras de superficie, un hondo respeto hacia la vida humana y su diversidad, tal como se manifiesta en el *ser-axi* individual del cliente; así, Rogers habla de que el terapeuta debe atender y comprender,

aunque no siempre justifique o acepte. En este contexto, mientras mayor sea la aceptación del consultante con cariño, cuidado y calidez, habrán más posibilidades de facilitar su cambio

- **Autenticidad** . también denominada congruencia, sinceridad consigo mismo, o auto integración . La autenticidad se exterioriza en el plano de la conducta en que los contenidos de una intervención coincidan con el tono de voz, la mímica, la gestualidad, etc. , y que se pueda recurrir de manera espontánea a un vasto espectro de reacciones. Esto supone una personalidad madura, que no se oculte tras fachadas, muletillas retóricas o roles, y que no tenga actitudes de defensa neurótica e angustiada frente a sus propios sentimientos y percepciones, sino que este dispuesta a vivirse a sí misma y a internarse en la situación . Se trata de la totalidad y veracidad del terapeuta en la relación, el experimenta su conciencia presente y se expresa de manera auténtica en la comunicación . En este caso, interesa la sustancia humana del terapeuta, no una técnica en la que se pudiera haber entrenado . De esta forma, la autenticidad del terapeuta . posibilita la confianza de parte del cliente, y a la vez el terapeuta puede volverse hacia su propia persona haciendo investigación de sí, en lugar de mirar lleno de prevenciones al interlocutor.
- **Comprensión empática** . otros conceptos para este aspecto del encuentro son empatía, entendimiento o no enjuiciamiento . Se trata de que el terapeuta, partiendo de la actitud antes descrita, se empeñe por comprender al cliente en su vivencia . es decir, en comprender sus actitudes valorativas, los motivos, los deseos y las angustias asociadas a aquellas sin dejarse llevar por ellos . en la bibliografía, esto se suele explicar diciendo que es preciso ver el mundo del cliente con los ojos de este, o dentro de sus propios marcos de referencia . La empatía no se refiere sólo a los sentimientos esperados por el consultante, va más allá, hasta los que no se atreve a expresar , de esta manera el terapeuta ayuda a la expresión abierta de estos sentimientos . La empatía es un sentido de identificación personal con el consultante , el terapeuta debe compartir el mundo subjetivo de la persona mediante la utilización de sus propios sentimientos , los cuales pueden ser como los del propio consultante, pero sin perder su individualidad y situación objetiva

CONCEPCION DE LA SEXUALIDAD

Es importante mencionar el impacto que las aportaciones de la corriente humanista han tenido en el campo de la sexualidad humana. Probablemente la mayoría de los textos actuales que exponen ampliamente su concepción de la sexualidad pertenezcan a esta corriente, sin embargo, es difícil obtener dicha información en libros, dado lo reciente del material. Debido a lo anterior, muchas de las fuentes consultadas se obtuvieron en la Sociedad Mexicana de Sexología Humanista Integral (SOMESHU), en forma de mecanogramas o ponencias escritas de conferencias presentadas en congresos.

Acera del contexto en que el humanismo incluye a la sexualidad, dice María Ladi Landoño "El humanismo es la corriente de pensamiento que tiene a la persona como centro, constituye una visión de vida y como enfoque filosófico que es, puede estar presente en muchas áreas del desempeño humano. El humanismo es pluralista y responde a una aceptación total del ser humano con todos sus anhelos y ansiedades, con su dolor, con su placer, con sus fantasías y con su sexualidad, un ser unificado y dueño de correr el riesgo a vivir como complemento ineludible del riesgo de morir, de asumir el riesgo a equivocarse y permitirse recreación con cuanto le sea posible a través de su propio espacio vital. Un ser con derecho de llevar la vida en el rumbo que le marque su sentir".⁴⁷

Es posible encontrar algunas definiciones de sexualidad según la aproximación humanista, al respecto Ladi dice "entiendo por sexualidad el proceso bio-fisiológico, psico-social, emocional y experiencial de la función erótica y genital. Es decir el conjunto de lo que sentimos, creemos, pensamos y vivenciamos acerca de nuestra genitalidad y erotismo".⁴⁸ Sobre el mismo punto, David Barrios Martínez expresa "La sexualidad no es *la parte sexual del ser humano* sino un todo integrado a la personalidad global, algo consustancial a la persona como su cuerpo, sus sentimientos o su intelecto. No es solo lo que hace con sus órganos sexuales, sino también su expresión amorosa, sus valores, sus potencialidades de adaptación y de cambio. Es también su inserción en la historia, así como sus nexos en el

⁴⁷ Ladi, L.M. (1982). Sexualidad y humanismo. Ponencia presentada en el Primer Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual en Asunción, Paraguay. Cali, Colombia. Pág. 1

⁴⁸ Op. cit. Pág. 2

entorno social. Como esta persona manifiesta o inhibe su erotismo, junto con los factores que lo propician o lo socavan, es sexualidad. Como las personas se enamoran o constituyen parejas, es sexualidad. Como el producto de la gestación se desarrolla hombre o mujer, es sexualidad, como los seres humanos nos desarrollamos a partir de nuestro género, es sexualidad. Los fenómenos de la sexualidad son, por tanto, vastos y complejos, inseparables de la personalidad global, no dependen exclusivamente de la biología y están en constante interacción dialéctica con un contexto socio-cultural específico”⁴⁹

En 1986, Ladi presenta una propuesta integradora de la sexualidad humana a la que denomina *antropoerotismo*, y dice “Este nuevo enfoque presenta una alternativa diferente al modelo polarizado femenino-masculino con estrategias liberadoras de los patrones tradicionales ajenos a los roles estereotipados que se descartan para educar, vivir o hacer terapia sexual. La sexualidad por estar heterotizada y polarizada genera permanentemente efectos de dolor y de culpa que son los que se perciben como inapropiados. La forma que tenemos para visualizar la sexualidad está distorsionada y no corresponde a lo que puede ser el erotismo humano. Todo este equívoco histórico milenario tiene sus raíces en los marcos moralistas, religiosos, mágicos y técnicos en que se ha inscrito la sexualidad. casi todos los discursos, tratamientos y modelos sexuales se dan polarizados y centrados en la cópula lo cual ha generado un desperdicio de posibilidades placenteras de goce y de mejores estilos de vida, que pueden ser considerados como un verdadero *pecado*”⁵⁰. En el mismo escrito señala que “El antropoerotismo plantea que el ser humano siente afectiva y sexualmente como persona, no como hombre diferente de como mujer. Entiende al erotismo como una variante individual no sexual y promueve, en consecuencia, que cada persona aprenda a identificar su propio ritmo de vida y ritmo sexual que puede ser diferente en cada momento de su existir, diferente no por sexos sino por personas y por instantes de una misma persona”⁵¹

⁴⁹ Barnos, M.D (1994) *Humanismo y didáctica crítica en educación de la sexualidad*. Mecanograma Módulo IX Relación de ayuda sexológica, para la Maestría en Ciencias Sexológicas, Nivel I. Sociedad Mexicana de Sexualidad Humanista Integral A.C. México. Pág 2

⁵⁰ Ladi, L.M (1986) “El antropoerotismo: una visión integradora de la sexualidad humana. Ponencia presentada en el III Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual. Caracas, Venezuela. Pág. 6

⁵¹ *Op. cit.* Pág 8

Concluyendo sobre el antropoerotismo, Ladi propone :

- **Una visión integradora con énfasis en humanizar la visión de la sexualidad, abriendo nuevas opciones para las relaciones íntimas dentro de un marco en que lo permitido es lo posible y deseado por una persona sin dañar a otras.**
- **Promueve la libertad de elección por opciones y variaciones sin oficializar ninguna**
- **Rescata el ejercicio de la sexualidad de los marcos antagonicos que la previenen y empobrecen.**
- **Toma como base biológica los elementos comunes que como seres humanos tenemos hombres y mujeres y desde el punto de vista erotico aborda el sentido de la libertad humana.**
- **Proporciona una función de equilibrio al remover limitaciones y motivar el erotismo para que llene necesidades humanas individuales y no pautas sociales o ejecuciones de rendimiento técnico**
- **Acepta las diferencias anatómicas y rescata las semejanzas, planteando un nuevo derecho a la individualidad no sexista , por ello, releva y retoma la generalidad del sentir para plantearlo como posibilidad humana que invalida los roles polarizados**
- **Plantea buscar una sexualidad realizadora y plena trascendiendo los papeles sexuales estereotipados para poder amar sin direcciones únicas.**
- **Retoma la capacidad de soñar, de inventar, de descubrir y fantasear con nuevas esperanzas**

De lo anterior se deduce que la sexualidad para el humanismo es un elemento importante para la vida de los seres humanos , sin embargo, es un todo y para el ser humano forma parte de un todo integrado. De esta manera, el humanismo crea los fundamentos para entender la sexualidad dentro de las vivencias totales del ser humano. Considera que la sexualidad abarca las esferas biológica, fisiológica, social, psicológica, emocional, social y experiencial. El humanismo también confirma una sexualidad libre, que depende de la decisión de cada persona de relacionarse en la forma que desee y lo satisfaga sin dañar a otros , es decir, acepta la homosexualidad y bisexualidad de la misma forma que acepta la heterosexualidad , la masturbación o la relación sexual en grupo o en pareja, o bien la abstinencia.

Por último, es importante mencionar que actualmente esta concepción de la sexualidad, tiene implicaciones y es adoptada dentro de las áreas educativa, política y terapéutica por un gran número de personas.

DISFUNCION SEXUAL : DEFINICION, ETIOLOGIA, PROCESO.

Los siguientes apartados fueron tomados de un mecanograma que la Sociedad Mexicana de Sexualidad Humanista Integral , ofrece a sus estudiantes del módulo IV en la Maestría en Ciencias Sexológicas de nivel I , la referencia de dicho material aparece en la bibliografía.

DEFINICION

Las disfunciones sexuales pueden definirse como alteraciones constantes de una o varias etapas de la curva de la respuesta sexual humana , sin embargo, tales alteraciones solamente se consideran disfunciones si tienen la característica de producir problemas al individuo o a su(s) pareja(s)

Las disfunciones sexuales, se pueden clasificar como primarias, secundarias, selectivas y situacionales. Las primarias se refieren a la disfunción que ha existido durante toda la vida de la persona que consulta , es secundaria cuando la persona ha tenido una etapa de funcionamiento sexual adecuado antes de que la alteración sexual se presente , es selectiva si se presenta con determinada(s) pareja(s) y con otra(s) no , es situacional cuando es necesario que ocurran ciertas circunstancias particulares, para que se manifieste

Para definir las disfunciones sexuales, este grupo de SOMESHI emplea la clasificación propuesta por Alvarez-Gayou y colaboradores descrita en 1986, en su libro Sexoterapia Integral . A continuación se reproduce dicha clasificación que se basa en la curva de respuesta sexual

- Estimulo sexual efectivo : Un decremento en esta fase da lugar a la disfunción conocida como APATIA SEXUAL, la cual se presenta en ambos generos y consiste en la falta de deseo de relacionarse erótica-coitalmente . Un incremento en esta fase se produce cuando un miembro de la pareja tiene deseo sexual y responde a estímulos efectivos, en tanto que el otro no tiene tal deseo, a lo cual se le conoce con el nombre de DISRITMIA SEXUAL.

- **Excitación** : El decremento en esta fase produce en la mujer **HIPOLUBRICACION VAGINAL** y en el varón **INCOMPETENCIA ERECTIL** caracterizada por no haber erección del pene o ser insuficiente para una penetración. El incremento de la excitación no implica disfunción.
- **Meseta** : Esta fase es especial ya que se toma en cuenta la duración (el factor tiempo) , y no la intensidad de la misma. Así, el decremento provoca en el varón **EYACULACION PRECOZ** o **DISCONTROL EYACULATORIO** caracterizado porque la emisión seminal sobreviene rápidamente, antes de, durante la penetración o poco después de que esta se produzca. El decremento de esta fase en la mujer no origina disfunción femenina. El incremento de la fase produce en el hombre **INCOMPETENCIA EYACULATORIA** ya que no sobreviene la emisión seminal, el decremento en la mujer se denomina **PREORGASMIA**.
- **Orgasmo** : Su ausencia produce **ANORGASMIA** en ambos sexos. No hay disfunción cuando se incrementa la fase.
- **Resolución** : También se considera el factor tiempo. Si hay decremento, puede sobrevenir dolor en órganos pélvicos y perineales , debido al sostenimiento de la vasocongestión y se le denomina **DISPAREUNIA**, se presenta en ambos sexos. El incremento no produce disfunción.
- **Periodo refractario** : Ni el decremento, ni el incremento, producen disfunción.
- En cualquier fase de la respuesta sexual humana. Existen dos disfunciones que se pueden presentar en los diferentes periodos de la curva, son la **DISPAREUNIA** descrita anteriormente y , el **VAGINISMO** que es una disfunción femenina caracterizada por contracción firme e involuntaria de los músculos vaginales.

ETIOLOGIA

Otra clasificación empleada es la referente a la causalidad , se refieren disfunciones fisiológicas, cuando su causa se ubica en la esfera orgánica o biológica, y se refiere como psicógena o subjetiva, cuando su origen se asienta en factores psicológicos , no siendo demostrable ninguna alteración fisiológica, y ello repercute en la percepción subjetiva del acto sexual.

En el mencionado escrito se reconocen con fines didácticos las siguientes causas :

- **Biológicas** : Tienen que ver con factores que alteran la anatomía o la función y que de esa manera influyen negativamente en el adecuado funcionamiento del ejercicio sexual. Se subdividen en Naturales, Patológicas y Iatrogénicas ; las naturales se refieren a procesos biológicos espontáneos y evolutivos tales como el embarazo y la vejez , las patológicas refieren a variadas enfermedades tanto generales como localizadas en órganos pélvicos , las iatrogénicas aluden a efectos que sobre el organismo tienen los tratamientos médicos, ya sean farmacológicos o quirúrgicos
- **Psicológicas** : Se vinculan con rasgos de la personalidad, tensión-ansiedad y alteraciones conductuales producidas por neurosis o psicosis
- **Socioeducativas** : Se vinculan con todos aquellos procesos que, instalados en el contexto sociocultural en el que vivimos, repercuten en nuestro comportamiento sexual. Se incluyen aquí la mayoría de los mitos, tabúes, concepciones erróneas y estereotipos acerca de *lo que está bien* y *lo que está mal* en lo que a sexualidad concierne
- **Problemas de pareja** : Son todas aquellas alteraciones en la dinámica de la relación de dos personas que, al repercutir en la dimensión afectiva y erótica, producen disfunciones sexuales.

Basta decir que se reconoce que una disfunción puede ser multicausal, dependiendo de las condiciones presentadas

PROCESO

Desde la aproximación humanista, la formación de una disfunción sexual no sigue una pauta determinada o tiene un proceso único , más bien, en la literatura se reportan casos particulares en las propias palabras del cliente. En su libro *El matrimonio y sus alternativas* (1976), Rogers presenta algunas parejas o individuos con disfunciones sexuales, sin embargo él no hace referencia explícita sobre ello sino que deja a las personas exponer su caso y él hace algunos comentarios finales

De igual forma, en el texto *Temas y propuestas de la sexología actual II*, se presentan reportes de clientes con disfunciones sexuales y las causas más frecuentes. Por ejemplo, se menciona que en la eyaculación precoz, además de ser la disfunción sexual más frecuente, no existe evidencia de que su origen se relacione con factores biológicos, sino más bien "su aparición y desarrollo se relaciona con causas socio-educativas. Mas aún, no es exagerado afirmar que existe un entrenamiento social para ser eyaculador precoz"³². A continuación ejemplifican el caso de F, un hombre de 34 años, casado y que se presenta al sexólogo por *venirse muy rápido* desde que inició su vida coital, se citan las palabras de F quien menciona datos importantes que hacen referencia a las condiciones desfavorables, llenas de ansiedad y preocupación por eyacular rápido, en las que desarrollaron sus primeras masturbaciones y relaciones sexuales. Se agrega que otro importante factor socio-educativo muy relacionado con la eyaculación precoz, es el machismo cultural arraigado tanto en hombres como en mujeres.

En el mismo texto se aborda la incompetencia eréctil y se menciona su elevada frecuencia como trastorno de tipo secundario. Se hace referencia a sus causas específicas más comunes, mencionándose factores de ansiedad y auto-observación, originados por un miedo hacia el propio desempeño sexual, otras causas referidas, aunque con menor frecuencia, son las de tipo orgánico como la diabetes, el alcoholismo, las lesiones de médula espinal, esclerosis múltiple y diversos trastornos neurológicos, lesiones penianas o testiculares y uso de medicamentos antihipertensivos, estimulantes, sedantes y estupefacientes.

Sobre las disfunciones sexuales femeninas, se analiza que un motivo de fondo para que se presenten estas, es el contexto de represión en el que vivimos la sexualidad, especialmente las mujeres, esto es, porque la educación informal que se recibe lleva un mensaje de negación al derecho al placer femenino. Específicamente, se exponen la apatía sexual y la anorgasmia. Sobre la primera, se menciona que tiene su origen en causas de tipo psicosocial y a menudo se encuentran antecedentes de depresión, traumas sexuales

³² Sin autor (sin año) : *Temas y propuestas de la sexología actual*. Módulo IV para la Maestría en Ciencias Sexológicas, Nivel I. Sociedad Mexicana de Sexualidad Humanista Integral. A.C. D.F. México. Pág. 6

anteriores, pobre autoimagen del cuerpo, autoestima baja y problemas de pareja relacionados por la lucha de poder. Sobre la anorgasmia, se menciona una relación estrecha con educación represiva e incluso negadora del placer sexual, es decir, si una niña es educada en la creencia de que todo lo relacionado con la sexualidad es malo, sucio o pecaminoso, es muy probable que estas nociones influyan en su vida adulta y en el ejercicio sexual en esta etapa. se hace referencia a que esto último, puede verse reforzado por experiencias sexuales negativas o por una primera relación coital desagradable o traumática. Los factores biológicos que dan origen a la anorgasmia son poco frecuentes

Como se puede observar, la corriente humanista no refiere líneas estereotipadas de proceso en la formación de una disfunción sexual, sino casos particulares de evolución hacia una disfunción sexual, proponiendo mayor frecuencia de uno u otro factor dependiendo de la disfunción y del caso particular del que se trate. De igual forma, este abordaje psicológico reconoce plenamente, la importancia del aprendizaje, la influencia de la sociedad, así como de los parámetros culturales

TRATAMIENTO DE LA DISFUNCION SEXUAL

Alvarez-Gayou , opina que la terapia centrada en el consultante es bastante útil en el área de la sexualidad, ya que sus postulados coinciden con las actitudes requeridas por el terapeuta sexual, dice " la sexualidad con sus sentimientos , es la dimensión que más reprimen los consultantes. Los problemas y comportamiento sexual siempre se matizan por un sentimiento de vergüenza y *anormalidad*. Sexualidad significa amor y el terapeuta sexual debe ser empático, respetuoso y auténtico, condiciones también inherentes al amor. Amor por sí mismo, por los seres humanos, por la naturaleza y por la vida que, en esencia, es lo único que tenemos los humanos"⁵³

También sobre la terapia sexual humanista, María Ladi Landoño , dice "Entiendo por terapia una relación de ayuda que busca cambio en la jerarquía de valores y en el manejo de las expectativas , un proceso que permita a las personas ampliar su visión, introduciendo nuevos elementos que faciliten su desarrollo y crecimiento personal. En terapia sexual el humanismo apunta a una relación de carácter no técnico, ni objetivo o impositivo e impersonal, sino humano, afectivo, con todos los riesgos que conlleva, como que el terapeuta pueda ser movido emocionalmente por las vivencias del consultante, cuya problemática no se mirará de manera fría. El sexólogo debe igualmente ser un facilitador del cambio personal y social proponiendo alternativas y dando a sus relaciones en terapia este enfoque de asesoría humana y no de una intervención mágico-mítica"⁵⁴

Sobre el mismo punto, David Barrios dice "El perfil profesional de un orientador en el área de la sexología humanista no se circunscribe a proporcionar datos, relatar resultados de estudios científicos o a brindar apoyo técnico, frío y mecanizado, sino a propiciar un ambiente y una relación apropiados para que su consultante, con la información recibida, se responsabilice de su persona y de las decisiones que tome. En resumen la pretensión es dotar

⁵³ Alvarez-Gayou, J.L (1986). *Sexoterapia Integral*. Ed. Manual moderno, México. Pág. 234

⁵⁴ Ladi, L. M (1982). *Sexualidad y Humanismo* Ponencia presentada en el Primer Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual en Asunción, Paraguay. Cali, Colombia. Pág. 8

de calidez y calidad en la relación profesional no en un caso, sino con LA PERSONA que demanda ayuda”⁵⁵.

Básicamente, el tratamiento de corte humanista para la disfunción sexual no es distinto al utilizado para tratar otro problema del consultante ; Ladi (1982), hace referencia a lo siguiente :

- El humanismo acepta a las personas como tales, no importa que realidades hayan tenido que buscar para poder vivir, por lo cual en sexología humanista el terapeuta no se acerca a las personas con el estilo tradicional de otras disciplinas, o sea, para atender exclusivamente a los genitales o el proceso de la emoción sexual
- No centra la atención en el método o procedimiento como ocurre en casi todos los sistemas educacionales. En este enfoque todo el interés se centra en la persona, poseedora como es en una situación de terapia, de conocer el marco con el cual trabaja el terapeuta
- El humanismo desmitifica y desaceraliza la ayuda profesional, al situar a las dos personas, tanto la que solicita como la que da asesoría, en el mismo plano de importancia, es decir, sustenta una igualdad en el plano terapéutico. Ambos como personas de la única raza que existe, es decir, la raza humana , ambas en situación igualitaria de comprensión y respeto basados en la sinceridad y en la valoración del consultante, al cual no se le pide que sea paciente por la sumisión que implica, ni tampoco cliente por su contexto mercantilista
- Se crean expectativas que mueven a la búsqueda de estrategias para modificar las disfunciones sociales, las disfunciones morales, o las disfunciones culturales, y no tratar exclusivamente los efectos que tales condiciones producen en las personas.
- La terapia humanista se manifiesta en contra de cualquier categorización del ser humano y excluye los conceptos morales y estigmatizantes en la sexualidad
- El humanismo en terapia sexual promueve cambios en la forma de percibir y manejar el contexto social, puesto que reevalúa los sentimientos y la amplia la capacidad de aceptación de las personas, alentando a expresar las emociones

⁵⁵ Barrios, M.D (1994) Humanismo y didáctica crítica en educación de la sexualidad. Mecanograma Modulo IX Relación de ayuda sexológica, para la Maestría en Ciencias Sexológicas, Nivel I. Sociedad Mexicana de Sexualidad Humanista Integral A.C. México. Pág. 6

- **El terapeuta humanista sabe que no es la fuente de verdad milagrosa o de sabiduría, ya que es dentro del consultante, donde reside esta clave o verdad para el encuentro personal, él se expresa en forma sencilla y para todos comprensible, sin necesidad de muletillas léxicas que aumenten su estatus o cubran su ignorancia. En esta terapia no se encuentra al jerarca poseedor de habilidades y conocimientos que lo sabe, lo interpreta y lo puede todo, se encuentra el profesional con interés verdadero, con calidez humana, con coherencia vital, con una actitud abierta y un evidente deseo de servicio.**

David Barrios (1994), opina que desde el abordaje humanista de la sexualidad son indispensables como actitudes básicas las postuladas por Rogers: genuinidad, empatía y consideración positiva incondicional. Esto es, tener una absoluta confianza en que la persona es capaz de tomar sus propias decisiones, lo cual implica un enfoque no directivo por parte del orientador humanista quien no impone creencias, valores o puntos de vista, sino ayuda e informa sin inducir o manipular. Este autor menciona un esquema descrito por Gerard Egan, el cual utiliza el y la SOMESTII desde 1991, se describe a continuación:

El modelo eganiano tiene una fase previa y tres complementarias sucesivas

- a) **Pre-ayuda (atender)** El orientador dispersa toda su atención física y psicológica al consultante; lo entiende, lo acompaña, *está con él*.
- b) **Etapas 1 (respuesta y autoexploración)** El orientador contesta al consultante con respeto y empatía; establece un clima propicio para que el cliente se autoexplore. Este último, conoce y expresa experiencias, conductas y sentimientos que le sean relevantes.
- c) **Etapas 2 (integración-comprensión dinámica)** El orientador reúne datos, da elementos para que el consultante haga un *mapa* de sí mismo y de su problemática específica, al tiempo que va integrando todo ello. El orientador amplía su propia comprensión, la cual se hace dinámica cuando implica la movilización de sus propios recursos para resolver sus dudas, problemas o ineffectividades.
- d) **Etapas 3 (propiciamiento de la acción y actuación efectivos)** El orientador coadyuva con el consultante para que actúe, brindándole apoyo en sus decisiones autónomas, el orientado, por su parte, desarrolla sus propios recursos en procura del manejo de factores que lo bloquean, lo dañan o le dificultan sus relaciones. Es necesario que el orientador posea control, pero dejando a un lado la directividad.

Barrios (1994), dice que este esquema de tratamiento a menudo es suficiente para **brindar orientación sexológica** y es un recurso eficaz tanto en la consultoría sexológica real, como en los ejercicios académicos de adiestramiento. Sin embargo, menciona que en ocasiones es necesaria la utilización de una técnica más específica como son el reflejo empático y la confrontación, para hacer evidentes las contradicciones, incongruencias o los recursos de los consultantes; aclara que estas técnicas específicas de la psicología humanista (gestalt, escuela Rogeriana, etc), requieren aprendizaje teórico, modelaje y entrenamiento. Según David Barrios en la práctica humanista de orientación sexual, es común que los consultantes no solo expresen haber satisfecho sus dudas, sino que también se reportan comprendidos, respetados y reconfortados.

Por otro lado, un punto importante que los teóricos humanistas han destacado en el tratamiento, es la importancia de no conceptualizar al cuerpo bajo una filosofía dualista de mente-cuerpo. Muchos de ellos, sostienen la necesidad de que las personas nos integremos al hacer referencia a nuestro cuerpo; por ejemplo pensar y decir "soy un cuerpo", en lugar de "tengo un cuerpo", sostienen que esta disociación, puede estar relacionada con deficiencias en el tratamiento de las disfunciones sexuales. Basándose en la teoría de Wilhelm Reich, algunos humanistas han incorporado este cambio conceptual, de una forma práctica mediante técnicas cuyo objetivo es lograr el contacto permanente con el cuerpo, lo que implica una relación distinta y más amplia con uno mismo. (Dychtwald, 1979. Brown, 1979. Nevins, 1979.)

Por último, una aportación relevante de algunos terapeutas sexuales humanistas, son sus reflexiones sobre ética y terapia sexual. Francisco Dellín, dice sobre la relación terapéutica y la ética que desde el momento en que entran en contacto el terapeuta y el futuro cliente, principia una relación no igualitaria, pues está constituida por un experto y un individuo a quien aflige al menos un problema, con ello los miembros de esta diada se comprometen de manera tácita a cumplir con determinados papeles: el sexoterapeuta a explorar e indagar lo que le pasa a su cliente y más adelante determinará lo que se requiere para su situación concreta y guiando, educando, confrontando o señalando pautas para que la persona disfrute su potencial erótico-sexual, el cliente por su parte cubre los honorarios determinados por el terapeuta. Sobre esto, el autor cuestiona el desequilibrio

existente en la relación terapéutica, que incluso puede propiciar una relación sexual que nunca fue estipulada ; por ello alude a las características necesarias del terapeuta sexual, propone como deseable que el sexoterapeuta sea un profesional poseedor de conocimientos profundos, actualizados y objetivos sobre el amplio tema de la sexualidad , que además tenga una formación humanista en la que el respeto por la persona sea una de sus premisas y que se comprometa a coadyuvar a que sus clientes actúen en forma responsable y autónoma , que no sólo sea un profesional técnicamente preparado para tratar todo tipo de disfunciones sexuales, sino que antes que nada deberá ser alguien comprometido con sus consultantes, esto implica respetarlos, procurar su autonomía, no abusar de su poder y menos aun traicionar la confianza depositada en el

CAPITULO IV

ANALISIS Y DISCUSION

La perspectiva teórica a partir de la cual se concibe a un determinado cuestionamiento científico es trascendental. La conceptualización de la sexualidad humana, en general, y de la disfunción sexual, en particular, ha variado dependiendo de la historia y la geografía. Inicialmente, en las sociedades industrializadas, se prestó atención únicamente a la dimensión reproductiva de la sexualidad. Sin embargo, a partir de este siglo, los avances en el terreno de las ciencias han permitido ir modificando los conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con este aspecto, y el camino se ha dirigido cada vez más hacia una visión globalizadora e integradora de la sexualidad.

Una definición de sexualidad humana requiere de un concepto que, a su vez, se enmarque en una teoría determinada. Es por ello que existen varias definiciones de lo que es la sexualidad humana, y revisando los principales modelos de pensamiento de los que se han derivado los conceptos de sexualidad, se puede comprender mejor los modelos sistémicos que dan origen a las actuales definiciones de sexualidad.

Las teorías revisadas en esta investigación se presentaron inicialmente al azar, sin embargo, su orden constituye cronológicamente a las corrientes más influyentes en la conformación de la terapia sexual y su análisis descubre los cambios que han ocurrido en las conceptualizaciones psicológicas en relación a los trastornos sexuales, los cuales resultaron ser más complejos de lo que originalmente se creía. Además, la forma en que la terapia sexual ha ido paulatinamente incorporando las aportaciones de diferentes aproximaciones psicológicas, puede servir como una guía en la conceptualización integral, multidimensional para la colaboración interdisciplinaria de otros trastornos psicológicos.

Las intervenciones para enfrentar los problemas del funcionamiento sexual se remontan a las primeras historias registradas en el tema, desde el comienzo del siglo XX, hasta hace poco (Freud, 1905b). Es indudable que las contribuciones de Sigmund Freud han sido fundamentales para el estudio de la sexualidad humana. Freud fue el primero en llamar la atención sobre la importancia de la sexualidad en la vida del ser humano. Por primera

vez, se hace manifiesta la existencia de una sexualidad infantil que acompañará y repercutirá en la vida sexual adulta , antes de él, se consideraba que los niños eran seres asexuales a los cuales se debía proteger de toda información sobre el mundo sexual de los adultos (Freud , 1908d) Al mismo tiempo que postuló la existencia del inconsciente, expuso que la mayoría de los conflictos sexuales eran parte de éste, y que estos conflictos ejercían una enorme influencia en la vida del individuo. Otra contribución básica para la comprensión de la sexualidad es la claridad con que expuso las incongruencias culturales en torno a este tema y el conflicto que ocasionan en la persona; por ejemplo, expuso que la mujer tiene que enfrentarse a un cambio drástico en torno a su concepción de las relaciones sexuales antes y después del matrimonio, puesto que lo que antes se le había prohibido y marcado como dañino y vergonzoso, después del matrimonio se le marca como una obligación que además, tiene que disfrutar (Freud , 1918-1917)

Específicamente en relación a la disfunción sexual, es Freud quien evidencia su importancia, mencionando que es un problema que se presenta con mucha frecuencia , es él quien propone una clasificación por primera vez, englobando bajo el término impotencia a las disfunciones sexuales masculinas y bajo el término frigidez a las femeninas (Freud ; 1912a) A lo largo de sus trabajos, expone sus ideas en relación a la etiología y el proceso de formación de la disfunción sexual, proponiendo como las bases de la disfunción la envidia al pene y la angustia de castración, realizando una vez más la importancia de la sexualidad infantil en la vida adulta. La conceptualización de la disfunción sexual en el psicoanálisis freudiano es de un síntoma, a través del cual se expresa un grave conflicto neurótico, el pensaba que los síntomas sexuales reflejaban conflictos y problemas subyacentes, de manera que el alivio de tal sintomatología solo podría lograrse mediante la resolución de estos aspectos más profundos, por medio del psicoanálisis que creará en la persona una toma de conciencia , es por ello, que el tratamiento no se focaliza en la disfunción sexual, sino en la neurosis subyacente, puesto que se intenta reconstruir la personalidad del paciente a través de la resolución de sus conflictos inconscientes. Por la misma razón, se emplean las mismas técnicas psicoanalíticas, asociación libre, interpretación de sueños y manejo de transferencias (Freud ,1940-1938)

Dentro de este marco de referencia, se observa como inicialmente a principios de este siglo, la corriente principal en la psicología y psiquiatría, defendía una posición básicamente psicodinámica y psicoanalítica respecto a la etiología y al tratamiento de las disfunciones sexuales. Como ya se trató en esta investigación, la psicoterapia analítica tradicional, considera la disfunción sexual como el síntoma resultado de un conflicto de personalidad profundamente asentado y más específicamente como el fracaso en la resolución del Complejo de Edipo, de esta forma, el tratamiento incluye la reactivación de la situación edípica o de otros conflictos no resueltos por medio de la relación de transferencia con el terapeuta, a fin de resolver saludablemente aquellas tareas del desarrollo que no se completaron en la niñez. En la teoría psicodinámica, el conflicto sexual se considera como causa de casi toda la psicopatología, por lo tanto, el tratamiento es esencialmente el mismo que el utilizado para tratar otros problemas no sexuales, este método, demostró ser poco eficaz, económicamente costoso y de larga duración. Sin embargo, actualmente terapeutas sexuales de gran experiencia como Helen Kaplan (1985) y Joseph Loppiccolo (1988) realzan la importancia del manejo de técnicas psicoanalíticas en la terapia sexual.

Sobre la teoría de Sigmund Freud, cabe hacer mención que su conceptualización sobre la sexualidad femenina y el punto de vista psicoanalítico de las disfunciones sexuales, abrió un nuevo campo de estudio e investigación. En general, la teoría psicoanalítica ha recibido numerosas críticas que la sitúan como centrada en el fálo, moralista y biologista. (Dio Bleichmar, 1994). Seguramente, esto se comprende cuando se toma en cuenta el contexto social en el cual se desarrolló la teoría, es decir, la sociedad vienesa de la época victoriana. Numerosos psicoanalistas posteriores a Freud, como Melanie Klein, K. Horney o E. Jones, han replanteado la conceptualización psicoanalítica de la sexualidad femenina³⁰, de hecho, el área de la sexualidad femenina es ahora reconocida, estudiada y discutida (Andersen y Cyranowski, 1995). En un nivel teórico, el psicoanálisis se desarrolló en un periodo en el que el conocimiento de la fisiología básica sobre la respuesta sexual era prácticamente nulo, por lo tanto, algunas de las teorías propuestas por Freud en relación a la

³⁰ Citadas en Birn, M (1987). "Estudios sobre la subjetividad femenina", mujeres y salud mental. Grupo Editor Latinoamericano. Buenos Aires, Argentina. Pág. 79.

naturaleza de la respuesta sexual humana han llegado a ser insostenibles cuando se consideran los conocimientos más recientes provenientes de otras áreas. La hipotética existencia de un doble orgasmo femenino, uno infantil-clitorideo y otro adulto-vaginal en la teoría de Freud, y los posteriores estudios de Masters y Johnson sobre la respuesta sexual humana, evidenciaron la importancia de un trabajo interdisciplinario que corrobore las hipótesis de la experiencia clínica y replantee nuevos caminos para la comprensión de la sexualidad humana. Actualmente, se reconoce al orgasmo femenino con ambos componentes, clitorideo y vaginal. Este ejemplo, contribuye a fortalecer la idea sobre lo importante que es tomar en cuenta los avances y aportaciones de otras disciplinas o corrientes teóricas, para así integrar los conocimientos sobre un tema y caminar rumbo a su comprensión global.

Las técnicas de psicoterapia conductual y otros enfoques no dinámicos de la disfunción sexual aparecieron en la literatura cincuenta años más adelante, alrededor de 1950. La teoría del aprendizaje tiene también aportaciones importantes para la comprensión de la sexualidad humana. Los especialistas en terapia de la conducta, brindaron razones muy convincentes para replantear la postura psicoanalítica sobre la sexualidad en general y particularmente sobre la disfunción sexual. Sus teorías sobre el aprendizaje, permiten aclarar los procesos mediante los cuales conductas sexuales específicas son aprendidas. Es a partir de esta teoría, que la disfunción sexual es entendida también como una conducta mal aprendida. Los teóricos del aprendizaje, obtuvieron resultados satisfactorios al trasladar el foco de intervención del tradicional tratamiento de la disfunción sexual a objetivos que se limitaban esencialmente al alivio de la disfunción del paciente. Wolpe (1958), hizo una contribución importante al conceptualizar la disfunción sexual como respuestas de ansiedad condicionadas a la situación sexual y, en consecuencia, con posibilidad de ser tratadas a través de desensibilización sistemática a los estímulos evocadores de ansiedad. A partir de él, se utilizaron otras técnicas conductuales que incluyeron el ensayo conductual, el moldeamiento, el entrenamiento de la asertividad y el entrenamiento en las habilidades de comunicación. Muchas de estas técnicas se consideran como parte integral del tratamiento sexual actual. Los datos de pacientes que respondían rápida y favorablemente a

estos métodos de tratamiento, elaborados por conductistas para modificar obstáculos inmediatos al buen funcionamiento sexual, fueron sorprendentes (Marks, 1981)

La publicación de los libros de Masters y Johnson *Respuesta sexual humana e Incompatibilidad sexual humana*, tuvo un gran impacto en el tratamiento de la disfunción sexual; ellos, describieron diversas disfunciones sexuales y elaboraron un programa de tratamiento para cada una. Aun cuando el programa es básicamente conductual en su naturaleza, está formulado en un lenguaje no conductual y atóxico, es decir, postularon que las disfunciones sexuales eran causadas por las prohibiciones de los padres en relación a la masturbación infantil o al juego sexual, su negativismo frente a la experiencia sexual premarital y ante los noviazgos entre adolescentes, etc. Algunos terapeutas de la conducta replantearon la información de Masters y Johnson, y aportaron conocimientos acerca del proceso de formación de la disfunción tomando en cuenta factores específicos del aquí y el ahora, lo que permitió un tratamiento focalizado más corto y menos costoso para la problemática por la que acudía la persona con el especialista. Un ejemplo es Derek Jehu (1979).

Otro punto importante que aportaron los teóricos de la conducta, fue introducir y resaltar la necesidad de la evaluación formal constante. De acuerdo con Derek Jehu (1979), el tratamiento de la disfunción sexual se divide en dos fases generales, la evaluación y el tratamiento. La evaluación de una situación problema y los caminos para su posible solución requieren de algo más que el conocimiento de las técnicas conductuales empleadas para la solución de estos problemas. Jehu, hace aportaciones importantes a la evaluación de la disfunción sexual y opina que apuntó de entrar en la década de los ochenta, este punto aun era negado en la literatura.

También los terapeutas cognitivo-conductuales, han contribuido a esclarecer el papel que juegan los factores cognitivos; según Lopiccolo, Albert Ellis acentuó el papel de las expectativas y demandas irracionales o irrealas como causas de las disfunciones sexuales. "Ellis ha enfatizado que los hombres tienden a establecer expectativas muy altas sobre sí mismos en las situaciones sexuales y les parece catastrófico que la ejecución sexual no sea prácticamente perfecta. Hasta hace poco, las mujeres eran menos propensas a la ansiedad de desempeño, a las expectativas irrealas y a las cogniciones catastróficas sobre el desempeño

sexual. Debido a que nuestro doble código tradicional acerca de la sexualidad ha acentuado que los hombres deben ser enormemente sexuales para ser *hombres de verdad*, estos han funcionado bajo grandes presiones en relación al desempeño. Sin embargo, el sexo no era una habilidad requerida en las mujeres, y de hecho, se esperaba que las *buenas mujeres* fueran más bien asexuadas. De modo que hubo relativamente poca presión sobre las mujeres para que fueran parejas orgásmicas, sexualmente habilidosas y muy excitables. Entre los muchos efectos positivos de los movimientos de mujeres ha estado la legitimación de la sexualidad femenina. Aunque este es un cambio positivo, ha aparecido un efecto secundario: las mujeres han empezado a ser más propensas a tener cogniciones irrealistas orientadas hacia el desempeño, las cuales pueden facilitar el desarrollo de la disfunción sexual.⁵⁷

Las aportaciones de la corriente humanista no dejan de ser importantes, de hecho, la actual visión del trabajo que se realiza en sexualidad se encuentra en su mayoría basada en esta corriente (Krippner, 1994). El desarrollo de la teoría humanista aún es corto para evaluar su impacto en muchas áreas, sin embargo, es a partir de problemas como la discriminación de personas infectadas por el VIH o la proliferación de falsos terapeutas sexuales, que esta corriente demuestra su importancia en los últimos diez años. La estructura del marco humanista para la psicoterapia en general, realza la importancia de la individualidad del ser humano, y las actitudes de respeto, autenticidad y empatía, especialmente importantes en el campo de la sexualidad. Algunos teóricos humanistas de actualidad, han expuesto la importancia de la prevención mediante la educación sexual.

La corriente humanista posibilita una concepción diferente de la ayuda profesional, puesto que desmitifica y desaceraliza al terapeuta como experto, ubicándolo en el mismo plano de importancia que el consultante, puesto que ambas son personas que tienen la misma valía y deben de encontrarse en una situación igualitaria de comprensión y respeto; esta condición terapéutica facilitará la empatía, apoyo y crecimiento hacia la persona que consulta (Tobin, 1991; Bohart, 1991). De igual forma, sus reflexiones en torno a la ética

⁵⁷ Lopiccolo, J., Friedman, JM. (1988). Terapia sexual: un modelo integrador. En *Psicoterapias contemporáneas: modelos y métodos*. Ed Descleé de Brouwer. 3a edición Bilbao, España. Pág.581.

en el área de la sexualidad, y especialmente en la terapia sexual, han sido fundamentales para comprender la responsabilidad del sexoterapeuta y su compromiso con las personas que le solicitan orientación (Dellín, sin fecha Hierro, 1994)

La corriente humanista destaca la importancia de basarse también en los criterios propios de la persona o la pareja, para discriminar si se presenta o no una disfunción sexual. Se conceptualiza a la disfunción sexual desde un marco más amplio, entendiéndola como el resultado de múltiples causas donde intervienen la incongruencia de diversos factores de orden educativo, social, cultural, individual y biofisiológicos, es por esto, que quitan etiquetas de patología a las disfunciones sexuales, entendiéndolas como una respuesta apropiada a la ocasión (Keen, 1979) El tratamiento de la disfunción sexual a partir de esta corriente, se focaliza básicamente en el problema que reporta la persona, a lo largo de la terapia sexual, se busca en la pareja una mutua empatía, alentando la comprensión y conocimiento del otro

Finalmente y basándose en la teoría de Wilhelm Reich, han resaltado la necesidad dentro del trabajo terapéutico, de integrar el cuerpo a la identidad personal, pasando de la concepción dualista *yo tengo un cuerpo* a la de *yo soy un cuerpo*, incorporando este cambio conceptual, de una forma práctica mediante técnicas cuyo objetivo es lograr el contacto permanente con el cuerpo, lo que implica una relación distinta y más amplia con uno mismo (Dychtswald, 1979 Brown, 1979 Nevins, 1979)

Por otro lado, desde hace tiempo existen enfoques integradores que intentan basarse en una visión globalizadora de la sexualidad, se pueden mencionar varios modelos. El primer modelo que se desarrolla fuera de la corriente psicoanalítica y que toma en cuenta factores de orden social, de aprendizaje, biológicos y fisiológicos en la etiología y proceso de las disfunciones sexuales, es el propuesto por Masters y Johnson, aun cuando sus libros *Respuesta sexual humana* (1976) e *Incompatibilidad sexual humana* (1976) no están expresados en términos conductuales, fueron trascendentes para el desarrollo de la terapia sexual, y especialmente para integrar las tareas conductuales que constituyen una parte importante de su estructura. Estos autores, proponen un tratamiento dirigido por un equipo mixto de terapeutas (hombre y mujer), el cual trabaja siempre con ambos miembros de la pareja, en sesiones diarias de dos semanas que dedican únicamente a la terapia sexual, la

intervención es breve, de tiempo limitado, directiva y procura el funcionamiento sexual ; sus tratamientos no individualizan los casos y los procedimientos tratan las causas inmediatas de la disfunción sexual El tratamiento que proponen, esta basado según Rosen y Leiblum (1995), en tres postulados fundamentales: un paralelismo en secuencia de cuatro fases, de eventos fisiológicos y subjetivos en ambos sexos , la primacia de factores psicogénicos, particularmente déficits de aprendizaje y patrones de ansiedad, en la etiología y mantenimiento de las disfunciones sexuales ; la sensibilidad de las disfunciones sexuales a una aproximación de tratamiento corto y focalizado en el problema. Bancroft (1983) considera este tipo de modelos como unidimensionales puesto que resaltan el aspecto fisiológico de la sexualidad

Sin embargo, muchos teóricos de la terapia sexual, consideran las aportaciones de Masters y Johnson como fundamentales para el desarrollo independiente de esta disciplina y no como un componente secundario de la psicoterapia individual o de pareja (I opiccolo , 1988) Además, no se puede negar que a pesar de las numerosas criticas realizadas a este modelo acerca de los fundamentos teóricos o empíricos, este ha servido como una guía conceptual y un paradigma clinico durante las pasadas dos décadas (Lehrman , 1976)

La siguiente gran influencia dentro de la terapia sexual, fue la aparición de los libros *La nueva terapia sexual, Manual de terapia sexual ilustrado, Evaluación de los trastornos sexuales y Trastornos del deseo sexual* escritos por Helen Kaplan , ella, propone un modelo trifásico de la respuesta sexual que incluye tres fases relativamente independientes en sus mecanismos psicofisiológicos : deseo, excitación y orgasmo Además, Kaplan intenta una integración de las corrientes psicoanalítica y conductual, lo que le permite conceptualizar la fase de deseo, e incluir en la etiología, proceso y tratamiento de la disfunción sexual, dos tipos diferentes de factores influyentes , al primer grupo lo denomina de etiología profunda y al segundo grupo, que tiene que ver con el aprendizaje y los condicionamientos de las conductas sexuales, lo denomina de etiología inmediata

La opinión de Helen Kaplan tiene actualmente la intervención del psicoanálisis en la terapia sexual, para muchos especialistas, ella, menciona que al tratamiento puramente psicoanalítico, sin intervenciones de orden conductual, es largo, costoso y no reporta gran efectividad para las disfunciones sexuales por las cuales acude el paciente. El análisis de

Helen Kaplan, sin duda alguna, ayuda a embonar algunas aportaciones del psicoanálisis freudiano y el conductismo en la terapia sexual. Para ella, el conductismo encuentra los factores más inmediatos de la disfunción sexual, aquellos que no se habían mencionado antes y que pueden ser el principal foco del tratamiento sexual, una aclaración importante que hace Kaplan es que aún cuando las teorías del aprendizaje contribuyeron a clarificar la etiología de las disfunciones sexuales, el proceso de formación de la disfunción no es claro puesto que dos personas pueden presentar el mismo factor etiológico, y desarrollan o no alguna disfunción sexual; sobre esto expone: "La ansiedad ante la ejecución del acto sexual y las inhibiciones específicas de las disfunciones sexuales, pueden también poseer una estructura más profunda. Las causas superficiales, o la ansiedad inmediata que operan en el momento de realizar el acto sexual son las vías comunes finales a través de las cuales pueden llevar a cabo su efecto lesivo una serie de múltiples causas más profundas o más remotas. Las respuestas sexuales son fácilmente condicionables. Los reflejos del orgasmo, en particular, se hallan muy expuestos a una inhibición aprendida si la excitación sexual se asocia a ciertos sentimientos negativos de temor, culpabilidad o amenaza de lesión de cualquier tipo. Los problemas emocionales, agudos o crónicos, capaces de bloquear la respuesta sexual y las contingencias negativas que pueden causar la inhibición del orgasmo, no parece que sean específicos. Un ambiente hostil a la sexualidad, la anticipación del fracaso, las exigencias agresivas y las críticas de una esposa hostil, la angustia en el marido por la semejanza entre su mujer y su madre, el sentimiento de culpabilidad sobre el placer sexual que proviene de los primeros lavados de cerebro de origen religioso, las amenazas a un sistema de autoestima frágil, en el sentido de que la ejecución sexual podría no alcanzar las grandiosas cotas que se espera obtener, todas estas causas pueden hacer que el acto fracase. Estas causas profundas suelen estar directamente relacionadas con el sexo. También es cierto, sin embargo, que la ansiedad y la depresión, que no se hallan ni tan siquiera remotamente relacionadas con la sexualidad, pueden producir un fracaso. Vistos desde esta perspectiva, los síntomas sexuales no son defensas contra la ansiedad, en el sentido en que lo son los síntomas histéricos. Al igual que todos los síntomas psicofisiológicos se presentan ahí donde las defensas psíquicas son incapaces de proteger al individuo contra una inundación emocional. El síntoma sexual real es una manifestación de

los concomitantes fisiológicos nocivos de una emoción dolorosa, que interfiere con los delicados reflejos sexuales”⁵⁸ Para Kaplan queda clara la existencia de dos tipos de factores etiológicos, unos de naturaleza profunda, insertados en la estructura de personalidad, y otros inmediatos, presentes en el aquí y el ahora ; lo que explica las diferencias en el proceso de formación de las disfunciones sexuales.

En el tratamiento que esta autora propone, un solo terapeuta trabaja con ambos miembros de la pareja, en la mayoría de los casos ; además, el programa de tratamiento que propone, se adapta a las necesidades específicas del individuo y/o la pareja. Por último, Kaplan intenta delimitar el objetivo de la terapia sexual, el cual es según dice “ intentar mejorar el funcionamiento sexual , sin embargo, durante el curso de la terapia sexual acostumbran recibir casi siempre una cierta atención los conflictos intrapsíquicos y transaccionales de la pareja. Sin estas intervenciones, la mejoría de la disfunción sexual suele ser imposible... el objetivo consiste en permitir que la pareja experimente el desarrollo natural de sus respuestas sexuales, libre de los influjos inhibidores que, debido a la estructura jerárquica del sistema nervioso, puede incidir sobre ella desde diversas fuentes. Sin embargo, el objetivo de la terapia no debe reducirse a eliminar la inhibición, sino que debe intentar enseñar a los miembros de la pareja sexual a crear un ambiente de amor y de paz, y a potencializar la estimulación sensorial y psíquica que puede aumentar y amplificar la dimensión placentera del sexo”⁵⁹ El impacto que este modelo ha tenido en las clasificaciones de la disfunción sexual, es muy grande ; fue Kaplan, quien afirmó con visión pragmática que las conductas sexuales comunes de las parejas deberían ser tratadas directamente hasta que emergieran resistencias fuertes, momento en el que podría ser necesario interrumpir la terapia de pareja para realizar una terapia individual breve orientada en el insight. El trabajo de Helen Kaplan contribuyó enormemente a que terapeutas de orientación psicoanalítica aceptaran el modelo breve de terapia sexual. En 1980, la Asociación Psiquiátrica Americana en su DSM III, considera por primera vez a las disfunciones sexuales como disfunciones del deseo, la excitación y el orgasmo ; de la misma forma, la Organización Mundial de la Salud, ha reconocido también los síndromes de

⁵⁸ Kaplan, H ((1978) La nueva terapia sexual. Tomo I. Ed Alianza. Madrid, España. Pág.97-98.

⁵⁹ *Op. cit.* Pág.242-243

disfunción sexual dentro del capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE 10), algunas de las consideraciones del modelo de Kaplan aparecen en esta clasificación (ver apéndice, cuadro 2)

Otros autores como Lopiccicolo (1978), Hayton (1988), o Mc Conaghy (1993) han realizado contribuciones importantes en las últimas décadas, también han incursionado la terapia cognitiva, la terapia de la comunicación y la terapia gestalt, aunque sus planteamientos han significado un giro menos drástico en el rumbo de la terapia sexual. No obstante la relativa proliferación de nuevas técnicas y modelos de tratamiento, la investigación en el área relativa a la terapia sexual, ha recibido numerosas críticas. Rosen y Leiblum (1995), encuentran lo que denominan los "dos grandes defectos" en la terapia sexual. El primero, se refiere a la escasez de control en las investigaciones sobre las variables que intervienen en el tratamiento de la disfunción sexual, especialmente, muy pocos estudios evalúan conjuntamente factores de índole biomédico y psicológico, tampoco los estudios incluyen datos con controles como placebo y el seguimiento posterior al tratamiento carece de valor en muchos estudios. El segundo "defecto", se refiere a la poca atención que se ha dirigido a las formulaciones teóricas o conceptuales que han existido y existen sobre la disfunción sexual, y específicamente al fundamento de las formulaciones realizadas en años recientes. Una tercera gran dificultad en las investigaciones se refiere a la generalización de datos obtenidos de pequeños grupos de personas con una disfunción sexual, al resto de las personas que no siempre están en las mismas condiciones. De acuerdo con esto, actualmente parece existir una escisión entre los diseños de las investigaciones y la utilización de los hallazgos para el desarrollo de los programas de acción o intervención.

En México, la Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C. (AMSSAC) ha realizado un importante trabajo en la divulgación, atención, formación de terapeutas y educadores sexuales, apoyo y unificación de los esfuerzos conjuntos en la terapia sexual. Eusebio Rubio (1994), presidente actual de la Federación Mexicana de Salud Sexual y Sexología y fundador de la AMSSAC ha propuesto un modelo para comprender la sexualidad humana y trabajar con las disfunciones sexuales, basado en la Teoría General de los Sistemas de Ludwing von Bertalanffy, y en el concepto de *holones* de Arthur Koestler. Rubio propone que la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro

potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones sexuales: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal; el autor describe que, "la estructuración mental de la sexualidad es el resultado de las construcciones que el individuo hace a partir de las experiencias que vive y que se originan en diversas potencialidades vitales, la significación mental que el individuo hace de estas fuentes de experiencia, conforman su sexualidad, y cuando las comparte con otras personas, hace posible la consideración social de los procesos sexuales".⁹⁹ El concepto de holones, subraya el hecho de que son partes constituyentes de un sistema, pero que en sí mismos tienen un alto grado de complejidad e integración; particularmente, los holones sexuales son las partes elementos o subsistemas de la sexualidad, que conservan su aplicabilidad vertical, de manera que pueden aplicarse a las diversas metodologías de estudio como son la antropológica, sociológica, psicológica y biológica. El holón de la reproductividad humana, se refiere tanto a la posibilidad de producir individuos que en gran medida sean similares a los que los produjeron, como a las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad. El holón del género, se refiere a la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos, masculina y femenina, así como las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias. El holón del erotismo, se entiende como los procesos humanos en torno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias; el erotismo puede problematizarse en dos sentidos, cuando el individuo o la pareja no lo pueden vivir en forma plena, y cuando éste es vivido de manera que incide en la calidad de vida de otras personas; el primer grupo de problemas ha recibido el nombre de disfunciones sexuales. Finalmente, el holón de la vinculación afectiva interpersonal, se entiende como la capacidad humana de desarrollar afectos intensos ante la presencia o ausencia, disponibilidad e indisponibilidad de otro ser humano en específico, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se derivan. En el cuadro 4 (ver apéndice), se reproduce la representación del Modelo de los Cuatro Holones

⁹⁹ Rubio, A. E. (1994). Introducción al estudio de la sexualidad humana. En *Antología de la sexualidad humana*, Tomo I. Ed. CONAPOA. Miguel Ángel Porrúa, México. Pág. 17

Sexuales propuesto por Eusebio Rubio ; en esta representación, se observan los cuatro **holones unidos por líneas** que van desde cada uno a los otros tres, estas líneas representan las **significaciones mentales** que integran el significado de las experiencias de un holon, y permite entender la complejidad de la sexualidad humana puesto que cada significación sexual alude casi siempre a los cuatro holones

El modelo expuesto anteriormente, resulta de gran utilidad para comprender la complejidad de la disfunción sexual ; es evidente, que no es posible limitar su conceptualización a algún holón en particular puesto que cada uno de los cuatro holones participa en todos los procesos sexuales. Este modelo evidencia la necesidad de intervención de múltiples disciplinas científicas para poder esclarecer las diversas cuestiones que el conocimiento sexual plantea. La intervención de diversas disciplinas, hace del estudio de la sexualidad, una labor multidisciplinaria ; la comunicación interdisciplinaria es algo que resulta indispensable para integrar las diversas aportaciones, y para ello se requiere de modelos conceptuales que permitan este flujo de información

Por otro lado, se han realizado avances críticos en sexualidad durante las últimas dos décadas, algunos de ellos hacen importantes contribuciones a la terapia sexual. Estos avances incluyen el incremento en el énfasis sobre intervenciones médicas, especialmente para los trastornos sexuales masculinos, mayor atención a la fase de deseo sexual, prevención de conductas "problemáticas", y el creciente interés en la sexualidad femenina ; en general, han surgido nuevas líneas de práctica clínica y de investigación (Ackerman ; 1995. Beck ; 1995 Andersen,1995). Sin embargo, en relación al tratamiento de la disfunción sexual, se discute constantemente acerca de lo que debe o no incluir ; este problema parece provenir de la falta de protocolos controlados que evalúen los resultados de diferentes tratamientos y corroboren las hipótesis empíricas o clínicas, lo cual no permite conocer con certeza las aportaciones realmente eficaces en la terapia sexual de la disfunción sexual. Actualmente, la terapia sexual consiste en un paquete de tratamientos complejos y multifacéticos ; estos procedimientos pasan por la exploración psicodinámica individual de la personalidad de cada paciente, la reestructuración de la relación de pareja, hasta la prescripción de cambios directos de la conducta sexual ; se considera, por ejemplo, el punto de si es necesario trabajar la disfunción sexual con ambos miembros de la pareja o solo con

el individuo portador del síntoma, con un equipo terapéutico mixto o con un solo terapeuta, el grado de participación que tienen los factores biológicos y psicológicos en diversas disfunciones, en que medida se debe trabajar con los problemas no sexuales de la pareja, etc. (Ackerman, 1995) Hasta el momento no se ha realizado investigación alguna sobre cuales de los diversos elementos del paquete completo de procedimientos son los que contribuyen principalmente al logro de los resultados obtenidos por la terapia sexual, debido a esto, es probable que solo algunos componentes sean los verdaderos ingredientes activos. Ante la ausencia de suficiente investigación, no es sorprendente que exista un debate intenso entre los clínicos en cuanto a qué elementos son productivos, inertes o incluso contraterapéuticos o perjudiciales para los pacientes. Sin embargo, muchos clínicos experimentados (Lopiccolo, 1988, Kaplan, 1978, 1985), en lugar de utilizar rutinariamente las mismas técnicas con cada paciente, tienden a adaptar los procedimientos de la terapia sexual a las necesidades de cada individuo, dando un énfasis mayor o menor a diversos elementos de la terapia. Sobre este mismo problema en la investigación, analizando la información publicada sobre los diversos tratamientos de la disfunción sexual, se encuentra que existe una fuerte tendencia a separar los aspectos biológicos de los psicológicos, incluso durante la fase de evaluación, y tampoco se encuentran estudios en colaboración de médicos y psicólogos (Ackerman y Carey, 1995; Clement y Schmid; 1983; Derogatis, Meyer y King; 1981; Kilmann y Averbach, 1979; Leiblum, Rosen y Pierce; 1976).

En nuestros días, la terapia sexual se enfrenta a grandes dificultades (Rosen y Leiblum; 1995). Algunos autores de la literatura sobre disfunciones sexuales, utilizan las definiciones y los términos de la cuarta edición del Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales IV, DSM IV (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994), pero no todos los que trabajan en esta área se adaptan o están de acuerdo con estas definiciones conceptuales, y es por ello que frecuentemente se equiparan términos tales como trastorno eréctil, impotencia y disfunción eréctil, o anorgasmia, trastorno femenino del orgasmo, e incapacidad orgásmica, dentro de los artículos referentes al tema. Seguramente, es esta falta de unificación en los conceptos, la razón de que existan estadísticas inciertas sobre la incidencia y efectividad de los tratamientos, o desacuerdos en la etiología y el proceso de las disfunciones sexuales. Sin embargo, no es tan fácil unificar criterios si se toma en cuenta que

el significado del concepto refiere a un marco teórico determinado, como se ha visto a lo largo de esta investigación. En México, actualmente se realizan esfuerzos para superar el conflicto de las definiciones y clasificación, entre las diversas instituciones que trabajan sobre el tema.

Adicionalmente, la fase de evaluación que es fundamental para la resolución de la disfunción sexual es frecuentemente tomada con poca importancia. Como ya se mencionó, solo algunos autores perciben a la evaluación como una parte fundamental de la terapia sexual. El estudio dirigido a esta fase del tratamiento es sumamente importante, pero ha sido poco desarrollado; en la bibliografía revisada, únicamente se encontró el libro de Helen Kaplan *Evaluación de los trastornos sexuales*, y en libros especializados en terapia sexual solo autores como Lopiccolo (1978), Jehu (1979), y Hawton (1988), incluyen el tema en forma de capítulos específicos. El mencionado libro de Kaplan, es la base para la evaluación que realizan algunos terapeutas sexuales en la actualidad; en él, la autora ofrece punto por punto una forma metódica de evaluación inicial, y aunque no menciona específicamente la importancia de la evaluación durante el tratamiento, sí la lleva a cabo al igual que el seguimiento posterior. Para el diagnóstico específico, deben evaluarse varios factores que pueden mantener, intervenir u originar la disfunción: la pareja, el contexto en el que se lleva a cabo la relación sexual, la historia y educación sexual de cada uno de sus miembros, su estructura de personalidad, etc., como puede observarse (ver apéndice, cuadro 5); la lista de lo que ha de evaluarse inicialmente contiene diversos y variados factores. Una vez reconocida la situación sexual, se clarifica si hay o no disfunción sexual; en caso de existir, se localiza específicamente su etiología (ver apéndice, cuadro 6); para continuar, es necesario definir la forma y localización de las dimensiones que afecta la disfunción sexual (ver apéndice, cuadro 4). Es entonces cuando se realiza un diagnóstico diferencial que debe incluir la clasificación de la o las disfunciones sexuales encontradas, no sin antes tener en claro su etiología y proceso de formación. Una vez logrado esto, se decide el enfoque de tratamiento y se adecúan tareas sexuales específicas para la persona y/o la pareja (cuadro 7). Este proceso es más complicado de lo que parece inicialmente, y para llevarlo a cabo se requiere una excelente preparación y entrenamiento que permita identificar limitaciones, alcances, pronóstico y elaborar un diagnóstico diferencial certero.

Sobre el tratamiento de la disfunción sexual, es importante que se puedan integrar en su estructura diversas aportaciones de las corrientes descritas aquí; como ya se mencionó tener una visión parcializada del problema, sólo ha dificultado el éxito del tratamiento, sobre ello Kaplan menciona: "Los supuestos acerca de la sexualidad sobre los que se basaban antaño los tratamientos de las anomalías sexuales solían ser incompletos e inexactos. Los conceptos que presidían los tratamientos se derivaban en gran parte de especulaciones teóricas y de hipótesis no sustanciadas. Las conclusiones basadas en estos datos incompletos eran aún más confusas, porque se las interpretaba en el marco de las actitudes sexuales, sesgadas y cargadas de afectividad, del terapeuta. No es, por tanto, sorprendente que muchas de las creencias tradicionales que guiaban los tratamientos sexuales revelaran su falsedad y su nocividad a la luz de estudios más recientes. Existen numerosas teorías, cada una de las cuales pretende dar la respuesta final sobre las causas de los síntomas psiquiátricos y de los problemas sexuales. Ninguna cumple lo que promete, pero algunas de estas formulaciones tienen mucho merito y han contribuido de una manera decisiva a la comprensión de los problemas sexuales. La teoría psicoanalítica afirma que son los conflictos inconscientes que se derivan de experiencias infantiles decisivas lo que causa las disfunciones sexuales... el punto de vista sistémico sostiene la hipótesis de que las raíces de la inadecuación sexual surgen de transacciones patológicas entre los dos miembros de la pareja, porque crean un medio ambiente sexual destructivo... los modelos conductuales y los que se apoyan en la teoría del aprendizaje afirman que las reacciones condicionadas específicas que bloquean la respuesta sexual se adquieren a causa de una serie de contingencias adversas que siguen a la conducta sexual"⁶¹. La capacidad de adecuar las técnicas al paciente, y no el paciente a la técnica, es una habilidad que el terapeuta sexual debe aprender.

Por otro lado, la terapia sexual en nuestros días está cada vez más preparada para incluir el tratamiento de condiciones específicas como secuelas de abuso sexual, enfermedades crónicas, incapacidades físicas, etc. Particularmente, el campo de la sexualidad femenina ha sido poco atendido y es apenas en los últimos diez años que se le ha prestado atención individual sin equiparlo con los resultados de las investigaciones

⁶¹ Kaplan, H. (1978) : *La nueva terapia sexual*. Tomo I Ed Alianza. Madrid, España. Pág. 20.

realizadas en torno a la sexualidad masculina (Dio Bleichmar ; 1994 Andersen, et al ; 1995). Especialmente el campo de tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas ha estado inactivo, más bien el desarrollo esta ocurriendo en la esfera conceptual y de evaluación , sobre esto último, se sigue discutiendo la relación entre la personalidad y la conducta sexual femenina, resaltando la construcción de la forma de percibir el esquema sexual-corporal y su utilización como predictor del funcionamiento sexual

Recientemente, los investigadores y terapeutas sexuales se han interesado en el campo concerniente al diagnóstico, prevalencia, etiología, evaluación y tratamiento de los trastornos del deseo sexual. Beck (1995), tras una extensa revisión sobre el tema, concluye que aun queda mucho por aprender de este trastorno , por ejemplo, las definiciones del trastorno varían, y esto es importante porque interfiere con la validez y evaluación de los estudios, retrasando el desarrollo de protocolos de tratamiento efectivos

De igual forma, comenzando la década de los ochenta, las investigaciones y parte de la práctica en terapia sexual se focalizaron e incrementaron, sobre el papel que desempeñan los factores biomédicos y orgánicos ; sin embargo, aunque existe una fuerte investigación hacia la evaluación y el uso de medicamentos durante el tratamiento, las variables psicodinámicas, cognitivo-conductuales culturales y psicosociales necesitan seguir siendo consideradas para el entendimiento integral de la conducta sexual y un tratamiento interdisciplinario

Finalmente, los factores socioculturales deben seguir siendo estudiados para incidir en un importante factor etiológico de las disfunciones sexuales , estudios recientes, muestran como la mayoría de las conductas humanas se hallan clasificadas bajo un criterio dicotómico de los sexos, lo cual es ignorado a lo largo del proceso de crianza de un niño⁶⁷ La Teoría de género⁶⁸, viene a dar cuenta de una realidad , hombres y mujeres somos educados en dos caminos diferentes y desiguales. Este tipo de educación, ha respondido a un contexto social en el que se incertan los individuos, el cual mantiene diferencias en los roles asignados a

⁶⁷ Dio Bleichmar, E. (1994) El feminismo espontáneo de la histeria. Ed Fontamara, 2a impresión México. Pág. 40

⁶⁸ Este concepto de Teoría de género es novedoso, y actualmente se esta conformando con base en estudios sobre feminidad, masculinidad, identidad sexual, etc. Corona, E. (1994). Identidades de género : en busca de una teoría. En *Antología de la sexualidad humana*, Tomo I. Grupo editorial Miguel Angel Porrúa CONAPO, México.

cada sexo ; de hecho, estos roles se encuentran tan inmersos en la sociedad, que forman parte de la cultura. Por ello, es fundamental tomar en cuenta los planteamientos de la Teoría de género para ampliar la visión en el campo terapéutico. El terapeuta sexual, como promotor y acompañante en el proceso de conocimiento de la persona que le solicita ayuda, constantemente profundiza en todas aquellas limitaciones producto de la educación sociocultural que se le atribuyen al género. Cuando una persona toma conciencia del estado social de su género, puede promover un cambio en su percepción sobre la sexualidad ; por ejemplo, Dio Bleichmar dice sobre la importancia del género en relación a la sexualidad : "la incorporación del concepto de género a la teorización del desarrollo psicosexual nos ha permitido establecer la dimensión simbólica de la femineidad. A su vez, a través de este desarrollo, hemos podido situar al género como una representación privilegiada del sistema narcisista Yo Ideal-Ideal del Yo, y constatar que estas estructuras, así como el Superyo, siguen cursos de estructuración y formas finales de organización diferentes en los distintos géneros, por lo que pensamos que el género es un articulador o una estructura mayor, a la cual tanto el Ideal del Yo como el Superyo se hallan subordinados. Si bien la ley del incesto introduce una legalidad pareja para ambos sexos prohibiendo la sexualidad endogámica, sin embargo la moral sexual que normativiza el ejercicio del resto de las formas de sexualidad no es igualmente simétrica" ⁶⁴

Quando se reconoce este marco social, se da un paso para el cambio más allá de lo individual. Un ejemplo de esto, es la Declaración de Valencia sobre los Derechos Sexuales⁶⁵, la cual fue elaborada durante el XIII Congreso Mundial de Sexología, y básicamente ratifica :

1. Derecho a la libertad, que excluye todas las formas de coerción, explotación y abusos sexuales en cualquier momento de la vida y en toda condición.
2. Derecho a la autonomía, integridad y seguridad corporal. Abarca el control y disfrute del propio cuerpo, libre de torturas, mutilaciones y violencias de toda índole

⁶⁴ Dio Bleichmar, E. (1994). El feminismo espontáneo de la histeria. Ed Fontamara, 2a impresión México pag. 28.

⁶⁵ La Jornada, 4 de septiembre de 1997. Suplemento LETRA S. Entrevista con Eli Coleman. Entrevista 5. México, D.F.

3. **Derecho a la igualdad y la equidad sexual.** Se refiere a estar libre de todas las formas de discriminación; implica respeto a la multiplicidad y diversidad de las formas de expresión de la sexualidad humana, sea cual fuere el sexo, género, edad, etnia, clase social, religión y orientación sexual a la que pertenece
4. **Derecho a la salud sexual** Incluyendo la disponibilidad de recursos suficientes para el desarrollo de la investigación y conocimientos necesarios para su promoción. El SIDA y las enfermedades de transmisión sexual requieren de aun más recursos para su diagnóstico, investigación y tratamiento
5. **Derecho a la información** amplia, objetiva y verídica sobre la sexualidad humana que permita tomar decisiones respecto a la propia vida sexual
6. **Derecho a una educación sexual integral** desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida. En este proceso deben intervenir todas las instituciones sociales.
7. **Derecho a la libre asociación.** Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de disolver dicha unión y de establecer otras formas de convivencia sexual
8. **Derecho a la decisión reproductiva libre y responsable.** Tener o no hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el acceso a las formas de regular la fecundidad. El niño y la niña tienen derecho a ser deseados y queridos
9. **Derecho a la vida privada** que implica la capacidad de tomar decisiones autónomas con respecto a la propia vida sexual dentro de un contexto de ética personal y social. El ejercicio consciente, racional y satisfactorio de la sexualidad es inviolable e insustituible.

Si se desea hacer un trabajo que implique el paulatino decrecimiento de problemáticas en salud sexual, incluyendo las disfunciones sexuales, se deberá prestar mayor atención al trabajo de tipo preventivo, cuyo campo está aún poco desarrollado (Videla; 1991)

De acuerdo a esta investigación se hace evidente que la conducta sexual es extremadamente compleja, y para su estudio deben ser tomados en cuenta diversos ángulos, como por ejemplo el individual, la interrelación con el otro, el significado o simbolización para el grupo social de alguna conducta particular, etc. Es por ello, que queda clara la necesidad de continuar las investigaciones en esta área. Es claro que muchas preguntas quedan por ser contestadas y la psicología puede continuar jugando un importante papel en el esclarecimiento de las disfunciones sexuales.

CONCLUSIONES

- **La conceptualización de la sexualidad en general, y de la disfunción sexual, en particular, ha variado histórica y geográficamente, dirigiéndose paulatinamente hacia una integración multidimensional e interdisciplinaria**
- **El psicoanálisis de Sigmund Freud, permite el reconocimiento de la sexualidad en la vida del ser humano. Manifiesta la existencia de la sexualidad infantil y descubre su importancia en la vida adulta. Evidencia la existencia de factores de orden social y cultural en el desarrollo sexual de las personas. Enfatiza la necesidad de una educación sexual basada en la realidad. Aporta el concepto de inconsciente y esclarece su relación con la sexualidad. Apoya la existencia de la búsqueda de placer sexual. Conceptualiza la sexualidad femenina desde una aproximación falocentrista que la ubica en desventaja frente a la sexualidad masculina**
- **Freud, conceptualiza a la disfunción sexual como un síntoma neurótico siempre de etiología profunda; engloba las disfunciones masculinas bajo el término impotencia, y a las femeninas bajo el término frigidez. Propone como proceso de formación de las disfunciones sexuales masculinas la angustia de castración, y de las femeninas la envidia al pene. Ofrece como método de tratamiento al psicoanálisis, que demuestra no ser eficaz por sí mismo, aunque algunas de sus técnicas siguen siendo aplicables a la terapia sexual actual.**
- **Los teóricos del aprendizaje permiten la comprensión de la conducta sexual como resultado de la intervención de múltiples factores. Resaltan la importancia del medio ambiente en la conformación de cualquier conducta. Evidencian la importancia de la restricción sexual, social y familiar, en el desempeño sexual adulto. Proporcionan diferentes modelos de aprendizaje para comprender la conformación de la conducta final.**
- **Los teóricos del aprendizaje intentan clasificar y definir en términos más objetivos las diferentes disfunciones sexuales. Proponen que la disfunción sexual es el resultado de un aprendizaje; esclarecen diversos factores etiológicos. Permiten y apoyan un tratamiento focalizado en la disfunción sexual, lo que reduce considerablemente su tiempo y costo. Desarrollan tareas sexuales específicas, basadas en teorías de aprendizaje, que**

actualmente constituyen la estructura de la terapia sexual. Resaltan la importancia de los factores del aquí y el ahora. Evidencian la necesidad de la evaluación formal antes, durante y después del tratamiento

- **La corriente humanista** permite la incorporación de actitudes de respeto, autenticidad y empatía al campo de la sexualidad humana. Exponen la importancia de la prevención mediante una adecuada educación sexual, que permita actuar con un criterio propio e informado a las personas. Su concepción sobre la sexualidad constituye en la actualidad el marco de referencia de múltiples estudios en esta área.
- **Los terapeutas sexuales humanistas**, posibilitan una concepción diferente de la ayuda profesional al concebir a la persona en términos de igualdad, resaltan la empatía como un factor que promueve el cambio por sí mismo. Exponen la estrecha relación entre ética y sexualidad. Destacan la importancia del criterio personal del consultante, en las decisiones de los caminos terapéuticos. Permite la integración de múltiples factores de orden educativo, social, cultural, individual y biofisiológicos. Quita etiquetas de patología a la disfunción sexual, considerándola como una respuesta adecuada a la situación. Desarrollan una concepción no dualista con el cuerpo basada en la teoría de Reich, bajo la visión "yo soy mi cuerpo" que permite una relación diferente con uno mismo. Alienta la comprensión y conocimiento del otro, en la relación de la pareja.
- **El psicoanálisis, conductismo y humanismo**, conforman la estructura básica de la terapia sexual actual.
- **Las aproximaciones de terapia sexual**, como la de Helen Kaplan y Eusebio Rubio, constituyen modelos que se aproximan a una conceptualización integral de las disfunciones sexuales.
- **La terapia sexual actual** enfrenta problemas conceptuales en la definición y clasificación de las disfunciones sexuales, lo que repercute en la investigación y evaluación de los protocolos de tratamiento.
- **La fase de evaluación** en la terapia sexual, se encuentra poco atendida en la práctica, la investigación no integra especialistas, ni factores de índole médica y psicológica.
- **En años recientes**, especialistas en el campo de la sexualidad se han interesado por el estudio de la sexualidad femenina, integrando aportaciones de diferentes disciplinas.

- **El campo de la terapia sexual ha crecido y se ha expandido rápidamente, este crecimiento ha incluido la atención a un rango mas amplio de poblaciones clinicas y programas terapéuticos nuevos.**
- La inclusión del concepto de género ayuda a comprender la disfunción sexual tomando en cuenta factores de indole sociocultural , esto es importante ya que orienta el camino de la prevención en el campo de la salud sexual
- La terapia sexual como modelo que integra aportaciones específicas de diferentes corrientes psicologicas, puede contribuir mediante su estudio y analisis, a la conceptualización integral, multidimensional e interdisciplinaria en otros campos de interés para la psicología
- El psicólogo tiene un papel fundamental como profesional en el campo de la salud sexual y especialmente en el desarrollo y aplicación de la terapia sexual.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- **Abraham, G P (1979)** : Terapias sexológicas. Ed Piramide. Madrid, España
- **Ackerman, M D (1995)** : Introduction to the special section on contemporary issues in human sexuality : research and practice. Journal of consulting and clinical psychology. Vol 63, N 6. 859-861
- **Ackerman, M D, Carey, M P (1995)** : Psychology's role in the assessment of erectile dysfunction : historical precedents, current knowledge, and methods. Journal of consulting and clinical psychology. Vol 63, N 6. 862-876
- **Alvarez-Gayou, J L (1986)** : Sexoterapia integral. Ed. Manual Moderno. México
- **Andersen, B L., Cyranowski, J M (1995)** : Women's sexuality : behaviors, responses, and individual differences. Journal of consulting and clinical psychology. Vol 63, N 6. 891-906.
- **Asociación psiquiátrica americana (1995)** : Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Ed Masson. Barcelona, España
- **Bancroft, J (1977)** : Desviaciones de la conducta sexual. Ed Fontanella. Barcelona, España
- **Bancroft, J H (1983)** : Human sexuality and its problems. Ed Churchill Livingstone. New York, Estados Unidos
- **Bandura, A. (1977)** : Teoría del aprendizaje social. Ed. Englewood Cliffs. New York, Estados Unidos
- **Barrios, M D (1994)** : Humanismo y didáctica crítica en educación de la sexualidad. Mecanograma. Módulo IX. Relación de ayuda sexológica, para la Maestría en Ciencias Sexológicas, Nivel I. Sociedad Mexicana de Sexualidad Humanista Integral. A.C. México
- **Beck G.J (1995)** : Hypoactive sexual desire disorder : an overview. Journal of consulting and clinical psychology. Vol 63, N 6. 919-927
- **Bohart, A (1991)** : Empathy in client-centered therapy : a contrast with psychoanalysis and self psychology. Journal of Humanistic Psychology. Vol. 31, No 1. 34-48

- **Brown, M (1979):** Beyond Janov. The healing touch. Journal of Humanistic Psychology. Vol. 19, No 2. 67-89
- **Burin, M (1987)** : Estudios sobre la subjetividad femenina, mujeres y salud mental. Grupo Editor Latinoamericano. Buenos Aires, Argentina
- **Clement, U., Schmid, G (1983)** : The outcome of couple therapy for sexual dysfunctions using three different formats. Journal of sex and marital therapy. Vol 9, N 1. 67-78
- **Coderech, J (1990)** : Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Ed Herder. 2a edición. Barcelona, España
- **Corona, E (1994)** : Identidades de género : en busca de una teoría. En Antología de la sexualidad humana, Tomo I. Grupo editorial Miguel Angel Porrúa. CONAPO. México.
- **Delfin, L.F (sin fecha)** : Incesto terapeutico. Documento no publicado, facilitado por el autor
- **Derogatis, I. R., Meyer, J.K., King, K.M. (1981)** : Psychopathology in individuals with sexual dysfunction. American Journal Psychiatry, Junio V 138, N 6. 757-763
- **Dio Bleichmar, E. (1994)** : El feminismo espontáneo de la histeria. Ed. Fontamara. 2a. edición. México
- **Dychtwald, K (1979)** Sexuality and the whole person. Journal of Humanistic Psychology. Vol 19, No 2. 47-61
- **Etchegoyen, R (1977)** : Estudios de clínica psicoanalítica sobre la sexualidad. Ed. Nueva visión. Buenos Aires, Argentina
- **Fenichel, O (1980)** : Teoría psicoanalítica de las neurosis. Ed Paidós. Buenos Aires, Argentina
- **Flores P., Parada A (1994)** : Las sexualidades y las ideologías. En Antología de la sexualidad humana. Tomo I. Ed Miguel Angel Porrúa. México.
- **Frankl, V (1984)** : Psicoterapia y humanismo. Ed Fondo de Cultura Económica. México
- **Freud, S (1893-5c)** : Estudios sobre la histeria (Breuer y Freud). Obras completas. Vol 2. Ed Amorrortu 1980. Buenos Aires, Argentina.
- -----(1893d) : Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos. Comunicación preliminar de Freud y Breuer. Obras completas. Vol 2. Ed Amorrortu 1980. Buenos Aires, Argentina

- -----(1895c) : A proposito de las criticas a la neurosis de angustia. Obras completas. Vol 3. Ed Amorrortu. 1980 Buenos Aires, Argentina.
- -----(1898a) : La sexualidad en la etiologia de las neurosis. Obras completas. Vol 3. Ed Amorrortu 1980 Buenos Aires, Argentina
- ----- (1900) La interpretación de los sueños. Obras completas. Vol 4. Ed Amorrortu. 1980 Buenos Aires, Argentina.
- -----(1904) El método psicoanalítico de Freud. Obras completas. Vol 7. Ed Amorrortu 1980 Buenos Aires, Argentina
- -----(1905b) Tres ensayos de teoría sexual. Obras completas. Vol 7 Ed Amorrortu 1980 Buenos Aires, Argentina
- -----(1908c) : La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna. Obras completas. Vol 9 Ed Amorrortu 1980 Buenos Aires, Argentina.
- -----(1908d) Sobre las teorías sexuales infantiles. Obras completas. Vol 9. Ed Amorrortu 1980 Buenos Aires, Argentina.
- -----(1909c) Análisis de la fobia de un niño de cinco años. Obras completas. Vol 10. Ed Amorrortu 1980 Buenos Aires, Argentina
- -----(1910d) Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre (Contribuciones a la psicología del amor. I). Obras completas. Vol 11 Ed Amorrortu 1980 Buenos Aires, Argentina.
- -----(1911d) Formulaciones sobre los dos principios del acontecer psíquico. Obras completas. Vol 12. Ed Amorrortu 1980 Buenos Aires, Argentina
- -----(1912a) Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa (Contribuciones a la psicología del amor. II). Obras completas. Vol 11 Ed Amorrortu 1980 Buenos Aires, Argentina
- -----(1912d) Consejos del médico sobre el tratamiento psicoanalítico. Obras completas. Vol 12 Ed Amorrortu 1980 Buenos Aires, Argentina
- -----(1913k [1912-1913]) Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida animica de los salvajes y de los neuróticos. Obras completas. Vol 13. Ed Amorrortu 1980. Buenos Aires, Argentina

- -----(1914a) : Recordar, repetir y reelaborar (nuevos consejos sobre la tecnica del psicoanálisis II) Obras completas. Vol 12 Ed Amorrortu.1980. Buenos Aires, Argentina.
- -----(1914c) : Introducción al narcisismo Obras completas Vol 14. Ed Amorrortu.1980 Buenos Aires, Argentina
- -----(1915e) : Un caso de paranoia que contradice la teoria psicoanalitica. Obras completas Vol 14. Ed Amorrortu 1980. Buenos Aires, Argentina
- -----(1915d) Lo inconciente Obras completas. Vol 14 Ed Amorrortu 1980. Buenos Aires, Argentina
- -----(1917d[1916-1917]) Conferencias de introduccion al psicoanálisis, Parte III, 27a y28a conferencias Obras completas Vol 16 Ed Amorrortu 1980 Buenos Aires, Argentina.
- -----(1918 [1917]) El tabú de la virginidad (Contribuciones a la psicologia del amor III), Obras completas. Vol 11. Ed Amorrortu.1980. Buenos Aires, Argentina.
- -----(1919c) Pegan a un niño (Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales. Obras completas. Vol 17 Ed Amorrortu 1980 Buenos Aires, Argentina.
- -----(1920a) : Mas allá del principio del placer Obras completas. Vol 18 Ed Amorrortu 1980 Buenos Aires, Argentina
- -----(1921) Psicologia de las masas y análisis del Yo Obras completas. Vol 18. Ed Amorrortu 1980 Buenos Aires, Argentina.
- -----(1922b [1921]) Sobre algunos mecanismos neuroticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad Obras completas Vol 18 Ed Amorrortu 1980 Buenos Aires, Argentina
- -----(1923a [1922]) Dos artículos de enciclopedia ... Psicoanálisis y Teoria de la libido Obras completas Vol 18 Ed Amorrortu 1980 Buenos Aires, Argentina
- -----(1923b) El Yo y el ello, Obras completas. Vol 19 Ed Amorrortu 1980 Buenos Aires, Argentina.
- -----(1923c) La organización genital infantil (Una interpretación en la teoria de la sexualidad) Obras completas. Vol 19 Ed Amorrortu 1980. Buenos Aires, Argentina

- -----(1926a [1925]) : Inhibición, síntoma y angustia. Obras completas. Vol 20. Ed Amorrortu.1980. Buenos Aires, Argentina.
- -----(1926b) : ¿Pueden los legos ejercer el análisis ? Diálogos con un juez imparcial. Obras completas. Vol 20. Ed Amorrortu.1980. Buenos Aires, Argentina.
- -----(1931b) : Sobre la sexualidad femenina. Obras completas. Vol 21. Ed Amorrortu.1980. Buenos Aires, Argentina.
- -----(1933a[1932]) : Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis ,31a Conferencia. La descomposición de la personalidad psíquica. Obras completas. Vol 22. Ed Amorrortu.1980. Buenos Aires, Argentina.
- -----(1937a) Análisis terminable e interminable. Obras completas. Vol 23. Ed Amorrortu.1980. Buenos Aires, Argentina.
- -----(1940a[1938]) Esquema del psicoanálisis. Obras completas. Vol 23. Ed Amorrortu.1980. Buenos Aires, Argentina.
- -----(1950 [1892-1899]) : Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Obras completas. Vol I. Ed Amorrortu.1980. Buenos Aires, Argentina.
- Gondra, (1975) : La psicoterapia de Carl Rogers : sus orígenes, evolución y relación con la psicología científica. Ed Española Descleé de Brouer. Bilbao, España.
- Greonson, R (1991) : Técnica y práctica del psicoanálisis. Ed Siglo XXI. 9a edición. México.
- Hawton, K (1988) : Terapia sexual, una guía práctica. Ed. Doyma. Barcelona, España.
- Hierro, G. (1994) : Ética y sexualidad. En Antología de la sexualidad humana. Tomo I. Ed CONAPO y Miguel Angel Portua. México.
- Howard, R (1979) : Comportamiento y aprendizaje. Ed Omega. Barcelona, España.
- Hulse, S.H., Egeth, H., Deese, J. (1982) : Psicología del aprendizaje. Ed McGraw-Hill, quinta edición. México.
- Jelu, D. (1979) : Sexual dysfunction, a behavioural approach to causation, assessment, and treatment. Ed Pitman Press. Gran Bretaña.
- Kaplan, H. (1978) : La nueva terapia sexual. Tomo I y II. Ed Alianza. Madrid, España.
- -----(1978) : Manual ilustrado de terapia sexual. Ed. Grijalbo. México.

- -----(1985) : La evaluación de los trastornos sexuales. Ed Grijalbo. Barcelona, España.
- -----(1985) : Trastornos del deseo sexual. Ed. Grijalbo. Barcelona, España.
- Kazdin, A (1996) : Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. Ed Manual Moderno, segunda edición. México.
- Keen, S. (1979) : Some ludicrous theses about sexuality Journal of Humanistic Psychology. Vol 19, No 2. 15-22.
- Kilmann, P.R., Averbach, R. (1979) : Treatments of premature ejaculation and psychogenic impotence : a critical review of the literature. Archives of sexual behavior. Vol 8, N 1. 81-100
- Krippner, S (1994) Humanistic psychology and chaos theory : third revolution and the third force. Journal of Humanistic Psychology Vol 34, No 3. 48-61
- Kriz, J (1990) : Corrientes fundamentales en psicoterapia. Ed Amorriortu. Buenos Aires, Argentina.
- Ladi, L.M. (escrita en 1982) : Sexualidad y Humanismo. Ponencia presentada en el Primer Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual en Asunción, Paraguay. Cali, Colombia.
- Ladi, L. M. (1986) : El antropocentrismo, una visión integradora de la sexualidad humana. Ponencia presentada en el III Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual Caracas, Venezuela.
- Ladouceur, R., Bouchard, M.A., Grander, L. (1983) : Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta. Ed Debate. Madrid, España
- Lehrman, N. (1976) Para comprender las técnicas sexuales de Masters y Johnson. Ed Gedisa, 5a edición. Barcelona, España
- Leiblum, S.R., Rosen, R.C., Pierce, D. (1976) Group Treatment format : mixed sexual dysfunctions. Archives of sexual Behavior. Vol 5. N.4. 313-322
- La Jornada. 4 de septiembre de 1997. Suplemento LETRA S. Entrevista con Eli Coleman. Entrevista 5. México, D.F.

- Lopiccolo, J., Friedman, J.M. (1988): Terapia sexual : un modelo integrador. En Psicoterapias contemporaneas : modelos y métodos. Ed Descleé de Brouwer. 3a edición. Bilbao, España
- Lopiccolo, J., Lopiccolo, L. (1978) : Hand_book_of_sex_therapy Ed Plenum press. New York, Estados Unidos
- Maccoby, L.F. (1972) . Desarrollo_de_las_diferenciag_sexuales. Ed Marova. Madrid, España
- Marks, I (1981) . Rewiew_of_behavioral_psychotherapy, II. sexual disorders. American Journal Psychiatry. Vol 138, No 6. 750-756
- Maslow, A (1979) . El_hombre_autorealizado Ed Kairós. Barcelona.
- Masters, W.H., Johnson, V. (1976) Respuesta_sexual_humana. Ed Intermedica. Buenos Aires, Argentina
- -----(1976) : Incompatibilidad_sexual_humana. Ed. Intermedica. Buenos Aires, Argentina
- Mc Conaghy, N. (1993): Sexual dysfunction and difficulties. En Sexual_Behavior : Problems_and_management. Ed Plenum Press. Estados Unidos.
- Miranda, A.R. (1994) : La identidad erótica : dimensiones personales. En Antología_de_la sexualidad_humana Tomo I. Ed CONAPO y Miguel Angel Porrúa. México.
- Nevins, S.(1979) : The challenge of embodiment : a philosophical approach. Journal_of Humanistic Psychology. Vol. 19, No 2. 23- 33.
- Organización mundial de la salud (1992). Clasificación_internacional_de_enfermedades CIE : Trastornos_mentales_y_del_comportamiento, 10a edición Ed Meditor. Madrid, España.
- Palma, C (1994) La percepción social de la reproducción. En Antología_de_la sexualidad_humana Tomo II. Ed CONAPO y Miguel Angel Porrúa. México.
- Rabbanel, J., Gallardo, C (1991) La sexualidad_en_los_desfiladeros_del_significante. Ed Manantial. Argentina
- Racker, H (1969) Estudios sobre tecnica psicoanalitica. Ed. Paidós. 2a edición. Buenos Aires, Argentina

- **Rage, E.** (1996) : El concepto de hombre en la corriente humanista existencial. Revista Prometeo, N°12.
- **Rogers, C** (1976) : El matrimonio y sus alternativas. Ed Kairós. Barcelona, España.
- ----- (1980) : El poder de la persona. Ed. Manual Moderno México
- -----(1984) El proceso de convertirse en persona. Ed Paidós. Buenos Aires, Argentina
- -----(1985) Terapia, personalidad y relaciones interpersonales. Ed Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina
- Rosen R y Leiblum S. (1995) Treatment of sexual disorders in the 1990s: an integrated approach. Journal of consulting and clinical psychology. Vol. 63. No 6, p 877-890.
- Rubio, A. F. (1994) Introducción al estudio de la sexualidad humana. En Antología de la sexualidad humana. Tomo I. Ed CONAPO y Miguel Angel Porrúa. México
- Rubio, A. F. , Diaz, M. (1994) Las disfunciones sexuales. En Antología de la sexualidad humana. Tomo I. Ed Miguel Angel Porrúa. México
- Rubio, A. E., Revuelta, Z. S. (1994) : Fisiología del erotismo Humano. En Antología de la sexualidad humana. Tomo I. Ed Miguel Angel Porrúa. México
- Skinner, B. F. (1974) : Ciencia y conducta humana: una psicología científica. Ed. Fontanela, 3a edición. Barcelona, España.
- Sin autor (sin año). Temas y propuestas de la sexología actual. Modulo IV para la Maestría en Ciencias Sexológicas, Nivel I. Sociedad Mexicana de Sexualidad Humanista Integral. A. C. I. D. F. México
- Tobin, S. (1991) A comparison of psychoanalytic self psychology and Carl Rogers's person-centered therapy. Journal of Humanistic Psychology. Vol. 31, No 1. 9-33
- Videla, M. (1991) Prevención, intervención psicologica en salud comunitaria. Ediciones cinco. Buenos Aires, Argentina
- Wolpe, J. (1979) Tratamiento de las respuestas sexuales inhibidas. Cap 8 en Práctica de la terapia de la conducta. Ed Trillas, la reimpresión. México.
- Wyss, D (1964) Las escuelas de psicología profunda. Ed Gredos. Madrid, España

APENDICE

CUADRO I

CLASIFICACION DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES DE LA ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA, SEGUN EL MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. CUARTA EDICION (1995).

505 TRASTORNOS SEXUALES

TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL

Deseo sexual hipactivo
Trastorno por aversión al sexo

TRASTORNOS DE LA EXCITACION SEXUAL

Trastorno de la excitación sexual en la mujer
Trastorno de la erección en el varón

TRASTORNOS DEL ORGASMO

Trastorno orgásmico femenino
Trastorno orgásmico masculino
Eyacuación precoz

TRASTORNOS SEXUALES POR DOLOR

Dispareunia (no debida a una enfermedad médica)
Vaginismo (no debido a una enfermedad médica)

TRASTORNO SEXUAL DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MEDICA

Los mismos trastornos, pero indicar la enfermedad médica que los produce.

Trastorno sexual inducido por sustancias.

Consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas, especificar en que grupo se presenta el trastorno y si es de inicio durante la intoxicación

Trastorno sexual no especificado

NOTA : Se aplican las siguientes especificaciones a todos los trastornos sexuales primarios : De toda la vida / adquirido / general / situacional / debido a factores psicológicos/ debido a factores combinados.

CUADRO 2

DECIMA REVISIÓN DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE10). ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1992) CAPITULO V : TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO.

F52. DISFUNCIONES SEXUALES DE ORIGEN NO ORGANICO

F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual

Incluye : Frigidez
Trastorno hipoactivo del deseo sexual

F52.1 Rechazo o ausencia del placer sexual

F52.10 Rechazo sexual

F52.11 Ausencia del placer sexual

F52.2 Fracaso de la respuesta genital

En los hombres : disfunción para la erección.

En las mujeres : disfunción para la lubricación

Incluye : Impotencia psicógena
Trastornos de erección
Trastorno de estímulo sexual en la mujer

F52.3 Disfunción orgásmica

Incluye : Anorgasmia psicógena
Inhibición orgásmica

F52.4 Eyaculación precoz

F52.5 Vaginismo no orgánico

Incluye : Vaginismo psicógeno

F52.6 Dispareunia no orgánica

Incluye : Dispareunia psicógena

F52.7 Impulso sexual excesivo

Incluye : Ninfomanía
Satiriasis

F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedad o trastornos orgánicos

F52.9 Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico.

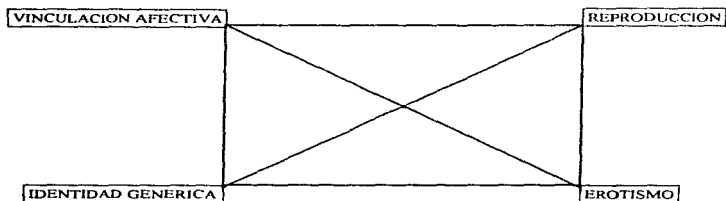
CUADRO 3

CLASIFICACION DE LOS SINDROMES DE DISFUNCION SEXUAL DE LA ASOCIACION MEXICANA PARA LA SALUD SEXUAL.

1. **Disfunciones del deseo sexual**
 - a) Síndrome del deseo sexual hipoactivo
 - b) Síndrome del deseo sexual hiperactivo
2. **Disfunciones de la excitación sexual**
 - a) Síndrome de excitación masculina inhibida
 - a.1) con disfunción eréctil
 - a.2) sin disfunción eréctil
 - b) Síndrome de excitación femenina inhibida
 - b.1) con disfunción de la lubricación vaginal
 - b.2) con disfunción sexual general (deseo hipoactivo y anorgasmia)
 - b.3) sin disfunción de lubricación
3. **Disfunciones del orgasmo**
 - a) Síndrome de eyaculación precoz o control ineficiente del reflejo eyaculatorio
 - b) Síndrome de anorgasmia masculina
 - c) Síndrome de eyaculación retrógrada
 - d) Síndrome de anorgasmia femenina
 - e) Síndrome de insensibilidad orgásmica
4. **Disfunciones causadas por respuestas fisiopatológicas no propias de los procesos eróticos que interfieren con la respuesta sexual**
 - a) Síndrome del vaginismo
 - b) Síndrome de evitación fóbica de la experiencia erótica
 - c) Síndromes dolorosos durante la experiencia erótica (Dispareunia)

CUADRO 4

**REPRESENTACIÓN DE LA SEXUALIDAD HUMANA CON EL MODELO DE
LOS CUATRO HOLONES SEXUALES, DE ACUERDO A EUSEBIO RÚBIO 1994**



CUADRO 5

EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO SEXUAL PARA DETERMINAR UNA DISFUNCION SEXUAL.

A. NIVEL INDIVIDUAL

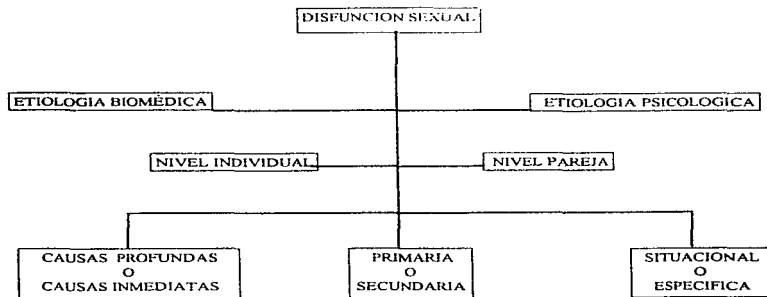
- Dolencia o molestia principal
- Examen de la condición sexual
- Determinación del estado de salud física
- Determinación del estado de salud mental
- Antecedentes familiares e historial psicosexual

B. NIVEL DE PAREJA

- Problemas específicos de la interacción sexual
 - Técnicas sexuales inadecuadas
 - Fantasías sexuales incompatibles
- Interacciones neuróticas
 - Pugnas por el poder
 - Problemas transaccionales
 - Transferencias parentales
 - Ambivalencia acerca de la intimidad, compromiso y éxito amoroso.
- Psicopatología o trastornos graves en algún miembro de la pareja
- Unión incompatible

CUADRO 6

LOCALIZACIÓN DE LA DISFUNCION SEXUAL, BASADO EN KAPLAN (1985).



CUADRO 7

NIVELES DE ATENCION EN EL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCION SEXUAL

