



Javier Gómez Zapiain

# Apego y terapia sexual

APORTACIONES  
DESDE LA TEORÍA DEL APEGO

Alianza editorial

JAVIER GÓMEZ ZAPIAIN

# Apego y terapia sexual

APORTACIONES DESDE  
LA TEORÍA DEL APEGO

*A Julen y Maddi*

## Índice

### INTRODUCCIÓN

#### 1. APEGO Y SEXUALIDAD

- 1.1. Conceptos básicos de la teoría del apego en el contexto de la experiencia erótica
- 1.2. La formación del yo a través de la experiencia intersubjetiva
- 1.3. La base de seguridad y la capacidad de exploración en la construcción del yo
- 1.4. Importancia de la intersubjetividad
- 1.5. Intimidad y diferenciación
- 1.6. Intervención de sistemas en la relación de pareja
- 1.7. El sistema de pareja desde la perspectiva del apego
- 1.8. Apego, psicoterapia sexual y pareja: la mentalización

#### 2. MODELOS DE RESPUESTA SEXUAL

- 2.1. El ciclo de la respuesta sexual según Wilhelm Reich
- 2.2. El ciclo de la respuesta sexual según Masters y Johnson
- 2.3. La respuesta sexual según H. S. Kaplan
- 2.4. El modelo tridimensional de Schnarch

#### 3. DIFICULTADES, ALTERACIONES Y TRASTORNOS EN EL ÁMBITO DE LA SEXUALIDAD

- 3.1. La clasificación de las alteraciones y dificultades sexuales
- 3.2. Dinámica del deseo erótico y sus alteraciones desde la perspectiva del apego
- 3.3. Naturaleza multicausal y niveles múltiples en la etiología de las disfunciones sexuales

#### 4. TERAPIA SEXUAL

- 4.1. Principales modelos de terapia sexual

## 5. HACIA UN NUEVO ENFOQUE EN PSICOTERAPIA SEXUAL

- 5.1. Perspectiva sistémico-intersubjetiva en terapia sexual
- 5.2. Diferenciación, autonomía, intimidad
- 5.3. Aportaciones de la teoría del apego a la terapia sexual y de pareja

## 6. PROPUESTA DE TERAPIA SEXUAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL APEGO

- 6.1. Principios básicos
- 6.2. Objetivos en psicoterapia sexual
- 6.3. Intervención psicoterapéutica
- 6.4. Terapia comprensiva
- 6.5. Manejo del deseo erótico
- 6.6. Manejo de la relación
- 6.7. Interacción entre ambas dimensiones
- 6.8. La exploración y los cuidados como recursos terapéuticos
- 6.9. La mentalización como vía para la comprensión en terapia sexual
- 6.10. La alianza terapéutica
- 6.11. El manejo de los vínculos en el contexto de la intervención en terapia sexual
- 6.12. El papel del terapeuta
- 6.13. Historia psicosexual
- 6.14. Procedimientos y técnicas en la terapia sexual

## 7. A MODO DE EPÍLOGO

### BIBLIOGRAFÍA

### CRÉDITOS

## INTRODUCCIÓN

Quizás lo que haga la voluptuosidad tan terrible sea que nos enseña que tenemos cuerpo. Antes, solo nos servía para vivir. Después sentimos que aquel cuerpo tiene su existencia particular, sus sueños, su voluntad, y que hasta la muerte tendremos que contar con él, cederle, transigir o luchar. Sentimos (creemos sentir) que nuestra alma solo es su mejor sueño.

Marguerite Yourcenar

La experiencia erótica es esencialmente un hecho relacional. El deseo erótico es una emoción que, como todas, genera una tendencia de acción; en este caso, la búsqueda de satisfacción sexual en otra persona. En términos generales, ello supone entrar en un espacio de proximidad psicológica, en el que dos psicologías individuales deben conectarse.

Por tanto, la calidad de la experiencia erótica depende, por un lado, de la expresión del deseo erótico debidamente integrado en la estructura del yo, y, por otro, de la capacidad de estar de un modo confortable y seguro en el espacio de la intimidad.

Dicho de otro modo, la experiencia erótica estará necesariamente mediatizada por los modelos operativos internos que regulan las relaciones interpersonales, especialmente las que se producen en la intimidad, entendida esta como un espacio de proximidad psicológica.

La teoría del apego es el marco de fundamentación teórica, apoyado en amplísima evidencia empírica, que explica el desarrollo psicológico basado en la importancia de la

vinculación afectiva desde el origen mismo de la vida personal.

Aunque sea una simplificación excesiva, diremos que a lo largo de la historia socioafectiva se va gestando el «sistema operativo», permítase la metáfora, que regulará las relaciones interpersonales y el comportamiento a lo largo de toda la vida. Este se va gestando a través de la historia socioafectiva en la que la experiencia vivida, subrayamos *experiencia*, es un conjunto de comportamientos, emociones, cogniciones, percepciones y valoraciones que se experimentan como un todo, que se incardinan a diferentes niveles conscientes, preconscientes y no conscientes, pero que no puede reducirse a cada uno de estos aspectos.

En tal sentido, dada la evidente relación entre el deseo erótico y la vinculación afectiva, este libro pretende integrar los conocimientos procedentes de la teoría del apego a la terapia sexual.

¿Cuáles son los motivos que han impulsado la escritura de este libro? En primer lugar, debo hacer referencia a mi anterior monografía, titulada *Apego y sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual*, publicada en Alianza Editorial en 2009. En ella se analizó de un modo general, tal y como indica el subtítulo, la relación existente entre el vínculo afectivo y la sexualidad globalmente considerada. Las cuestiones tocantes a las dificultades sexuales fueron abordadas tangencialmente, dados los objetivos de aquella publicación. Ello explica el interés en profundizar en los aspectos relacionados con la terapia sexual desde la perspectiva del apego, que figuran en la presente obra.

Otro de los motivos que lo han impulsado ha sido la reflexión crítica acerca de la terapia sexual en la actualidad. Bajo el epígrafe «terapia sexual» se observa una evidente confusión conceptual, por un lado, y una relativa paralización en la evolución de los conocimientos respecto a intervenciones y tratamientos, por otro.

Históricamente, podemos situar en la década de los setenta del pasado siglo la aparición de aportaciones científicas fundamentales acerca del conocimiento del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual. Estas supusieron un punto de inflexión en la forma de comprender las dificultades sexuales y sus tratamientos. Se puede considerar, por tanto, que en aquel momento se abrió una nueva etapa que podría denominarse convencionalmente «la nueva terapia sexual», como indicó el título de la obra seminal de Helen Singer Kaplan (1974).

En efecto, se pueden señalar numerosos estudios y experiencias de investigadores y clínicos que se remontan al siglo XVIII. Estos trabajos y sus autores, a pesar de los escasos recursos y de la presión ideológica de una moral dominante altamente conservadora en materia sexual, pueden ser considerados como auténticos pioneros. No obstante, todo el conocimiento previo es recogido, corregido y aumentado por la magna obra de Masters y Johnson, cuyas aportaciones al conocimiento de la respuesta sexual y sus aplicaciones a la terapia sexual siguen considerándose en la actualidad por numerosos profesionales como un modelo de referencia.

Helen Singer Kaplan, también en la década de los setenta, ofrece el conocido modelo trifásico de respuesta sexual, otorgando una importancia relevante al deseo sexual como una fase de la respuesta sexual, considerando que las fases, deseo, excitación y orgasmo son entidades neurofisiológicas diferentes y que, por tanto, pueden alterarse independientemente, dando lugar a los trastornos específicos del deseo, de la excitación y del orgasmo. En el ámbito de la terapia sexual propone un modelo más desarrollado que el de sus antecesores, profundizando en los aspectos psicodinámicos que están en el origen de las dificultades sexuales.

En la actualidad, los modelos citados siguen siendo referencias en los contenidos de formación de los especialistas y en su práctica profesional. No cabe duda de que estos



formatos han ido enriqueciéndose con nuevos hallazgos y aportaciones procedentes de disciplinas afines y de las diversas escuelas o referencias de formación de los terapeutas.

Como ya se ha indicado, da la impresión de que, en la actualidad, la evolución de la terapia sexual ha entrado en un periodo de cierto estancamiento en el que apenas se perciben innovaciones, salvo honrosísimas excepciones en la práctica privada.

La presente monografía pretende aportar reflexiones renovadas acerca de la terapia sexual, replanteando algunos conceptos generalmente no cuestionados, como a) el concepto de «experiencia erótica», b) el concepto mismo de terapia sexual y c) el modelo biomédico en relación con la terapia sexual. Además, siendo este su objetivo fundamental, pretende analizar e integrar las aportaciones de la teoría del apego a los procedimientos en terapia sexual.

Los modelos referenciales a los que me he referido, en relación con la comprensión del comportamiento y de la terapia sexuales, centran su atención en el ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual. Desde el punto de vista biomédico se entiende que esta cubre una función basada en la reproducción humana, compuesta por el impulso sexual, capacidad de responder a estímulos eróticos, la excitación sexual, capacidad de activar un conjunto de reflejos de vasodilatación y vasocongestión, y el orgasmo, movimientos clónicos altamente placenteros cuyo fin es la descarga de la tensión acumulada. Definida la función, toda alteración del proceso es considerada disfuncional. Por tanto, toda alteración en el impulso, la excitación y el orgasmo constituyen las disfunciones sexuales.

El modelo biomédico que subyace a este planteamiento define la función, determina las disfunciones, las diagnóstica y establece los objetivos terapéuticos. La experiencia de la respuesta sexual se reduce a conductas relacionadas con la actividad sexual, que pueden ser funcionales o disfuncio-

nales. Estos principios se consideran incuestionables y están presentes, implícita o explícitamente, en la mayoría de las ofertas de terapia sexual que marcan los objetivos de lo que hay que alcanzar, a saber, la recuperación de la «funcionalidad».

En la presente obra, siguiendo a diversos autores, se considera que estos principios pertenecen a una primera generación, entendida como modo de comprensión, operacionalización e intervención en el ámbito de los comportamientos sexuales humanos.

Uno de los objetivos de este libro consiste en poner en cuestión tales principios y abrir el foco hacia otro modo de comprender las relaciones sexuales de las personas, basadas en principios diferentes y que serán planteados y discutidos.

Como ya hemos indicado, la actividad sexual es un hecho relacional, es decir, impulsa al individuo al encuentro con el otro. El modo en que se esté en el encuentro, el modo en que se maneje este espacio donde convergen el deseo erótico y la comunicación intersubjetiva en términos de vinculación afectiva, el modo en que se resuelvan las necesidades básicas relacionadas con el bienestar personal, es realmente la función.

La función sexual no puede plantearse en términos de rendimiento sexual, sino de experiencia. No se puede reducir la actividad sexual a meras conductas observables, sino al conjunto de emociones, afectos, ideas, expectativas y significados otorgados que acontecen en lo que se vive, por tanto, en la experiencia erótica. Para ser coherente con ello, en el texto que aquí se introduce utilizaré lo menos posible los términos «comportamiento» y «conducta sexual», en favor de «experiencia erótica».

Este modo de enfocarla cuestiona algunos procedimientos terapéuticos en materia sexual y abre posibilidades a la innovación a través de nuevos enfoques.

En los modelos clásicos, el objetivo se establece en la recuperación de las conductas disfuncionales, una vez definida la función. Esta puede ser alterada por la ansiedad, que bloquea el correcto desarrollo de la respuesta sexual. El tipo de tratamiento suele ser directivo, basado en terapias conductuales y cognitivas, que tienden a prescribir al sujeto «lo que tiene que hacer», «lo que tiene que entender», el objetivo «al que debe llegar».

Los argumentos que se proponen en este texto son sistémico-relacionales, relativizan la «función sexual» que acaba concretándose en el rendimiento en la actividad sexual, y centran la atención en lo que se vive, en lo que ocurre en la interacción, en el modo de estar en ella. En definitiva, en la experiencia erótica.

La propuesta terapéutica que de ello se deduce no puede ser directiva y no puede priorizar la funcionalidad de la respuesta sexual en términos de rendimiento, sino que trata de que las personas con las que se trabaja comprendan sus dificultades, les resulten inteligibles y puedan, finalmente, manejarlas. Por ello se opta por una terapia sexual comprensiva, tal y como propone Manuel Lanás Lecuona (2016).

David Schnarch planteó el modelo del quantum de la respuesta sexual. En este libro se lleva a cabo una adaptación de este modelo, que sirve para desarrollar una propuesta sistémico-intersubjetiva en la que se incluyen las aportaciones de la teoría del apego.

Schnarch propuso su modelo a modo de ecuación, que aquí se adapta de la siguiente manera: el nivel total de satisfacción erótica es igual a la estimulación física, más, menos, los procesos psicológicos. El conjunto constituye lo que entendemos por «experiencia erótica», que no se puede reducir a uno solo de los términos de la ecuación.

Aunque aparentemente parezca una obviedad y una simplificación, la clave de nuevos desarrollos en la terapia sexual está en el desarrollo, valga la redundancia, del se-

gundo término de la ecuación: los procesos psicológicos. Es aquí donde se sitúan las aportaciones de la teoría del apego en la comprensión de las dificultades sexuales.

Otro de nuestros objetivos consiste en tratar de abrir puertas para una reflexión crítica y constructiva que permita poner en cuestión algunos axiomas que se dan como inamovibles, con el fin de profundizar y fortalecer los fundamentos que sustentan la praxis.

En relación con la terapia sexual, diremos que esta está condicionada por el enfoque teórico del cual se parta. Pongamos sobre la mesa la siguiente cuestión: ¿las dificultades sexuales tienen un origen psicógeno u orgánico? Masters y Johnson indicaban que el 80% de los casos tenían un origen psicógeno, mientras que solo el 20% respondían a causas físicas (los porcentajes son aproximados). Posteriormente se ha especulado mucho sobre esta proporción. Sin duda, los avances en el conocimiento médico que se han producido desde ellos hasta la actualidad, la modificarían. En algún momento se han llegado a invertir los términos; sin embargo, la fiabilidad de la epidemiología de las disfunciones sexuales, dada su propia naturaleza, es, cuando menos, dudosa, porque varía considerablemente según sea el campo de origen, bien la psicología, bien la medicina, considerando, además, las grandes dificultades a la hora de recabar los datos. En cualquier caso, lo más prudente es tener en cuenta la naturaleza psicosomática de las dificultades sexuales. Observemos cómo estas consideraciones parten de una interpretación biomédica, tal y como se ha indicado anteriormente, de la que se deduce un modo determinado de plantear la terapia sexual.

*Terapia*, a secas, sin prefijos ni sufijos, significa tratamiento o intervención conducente al logro de cambios significativos para recuperar el bienestar. Ahora bien, ¿qué se entiende por *terapia sexual*? ¿Se trata de «psico»-terapia focalizada en los conflictos subyacentes a las dificultades sexuales? ¿Se trata de técnicas de aprendizaje y reestructura-

ciones cognitivas? ¿Se trata de tratamientos médicos dirigidos hacia la remisión de los síntomas que explican las disfunciones sexuales, habiendo definido previamente la función sexual? ¿Se trata de intervenciones de tipo educativo que enseñan destrezas en el comportamiento sexual? En estos términos reside la confusión conceptual que se observa en la oferta terapéutica en cuanto a objetivos y metodología en las intervenciones terapéuticas.

En este libro trataré de diferenciar entre los distintos niveles de intervención, como la educación sexual, el *counseling* o asesoramiento y la terapia propiamente dicha. Sería de interés reflexionar acerca de la formación requerida de los profesionales que intervienen en los distintos niveles y de los currículos de formación exigibles en cada uno de ellos, pero esta cuestión excede los contenidos de este libro.

Otra cuestión de relieve para la crítica constructiva es la que hace referencia al modelo biomédico, que interviene como telón de fondo en este campo. En lo que va de siglo XXI, la psicología ha debatido sobre la naturaleza sanitaria de esta disciplina. Como en todo debate, ha habido defensores y detractores. Finalmente, y de forma oficial, se le ha reconocido su carácter sanitario, incluyéndola en las ciencias de la salud, lo que ha supuesto una asunción del modelo biomédico como metodología esencial, generando importantes dudas acerca de si este responde de forma integral a la comprensión de la mente en relación con la psicoterapia.

En materia de ampliación del conocimiento a través de la investigación, cuyo fin evidente es la mejora permanente de la terapéutica, el modelo biomédico se basa en un positivismo radical del que emana el método científico, con el fin de obtener evidencia empírica que revierta en la eficacia terapéutica. En el ámbito de las terapias, se validan los tratamientos que, basados en la evidencia, se consideren eficaces. En principio, ningún profesional que se maneja con

parámetros científicos osaría dudar de estos preceptos. Todos ellos pretenden proponer tratamientos debidamente fundamentados que muestren su eficacia a través de la evidencia respecto a los objetivos previstos.

Las cuestiones esenciales son las siguientes: ¿puede el método científico, tal y como se aplica en las ciencias de la salud, aplicarse directamente al estudio del comportamiento humano?, ¿puede reducirse la experiencia humana a unidades de conducta observables que conformen variables que puedan ser procesadas numéricamente?, ¿se puede objetivar lo evidentemente subjetivo, o debe prescindirse de ello dado que la metodología dominante no es capaz de aprehenderlo?, ¿se puede afirmar que solo existe lo que podemos medir, o que lo que no es mensurable es irrelevante respecto a lo que se consideran «tratamientos eficaces»?

En relación con el concepto de «evidencia empírica» aplicado a los «tratamientos basados en la evidencia», que sin duda son bastante incuestionables en el ámbito de las ciencias de la salud, son dudosamente aplicables al ámbito de la psicoterapia y, por extensión, a la terapia sexual.

La cuestión estriba en cómo se conceptualiza la noción de «evidencia», a qué se refiere, cuáles son sus indicadores. En este sentido, se podrían proponer las siguientes cuestiones: ¿puede ser el modelo biomédico, incuestionable en medicina, biología y similares, directamente aplicable a la psicología, ciencia que estudia el comportamiento humano y por extensión a la experiencia erótica? ¿Pueden ser los instrumentos de medida reducidos a escalas y cuestionarios en el ámbito de la intervención psicológica? Los instrumentos que miden las variables que explicarían hipotéticamente el origen de las dificultades, ¿son lo bastante sensibles y precisos para obtener evidencias? ¿Puede ser reducido el criterio de evidencia a procedimientos matemáticos que analizan los resultados? La ciencia avanza esencialmente a

través de la duda metódica. Estas son algunas dudas que permiten la reflexión teórica para la aplicación práctica.

Es evidente que nuestras propuestas terapéuticas se deben apoyar en evidencias empíricas que muestren su eficacia, pero hemos de reconsiderar los indicadores de evidencia en relación con la terapia sexual.

Los estudios acerca de la eficacia de las terapias se basan por lo general en los resultados. Se trata de obtener diferencias estadísticamente significativas en las variables previamente establecidas, con el fin de demostrar efectos de causa/efecto, o modelos explicativos extraídos de variables previamente definidas. En la actualidad, este es el único y principal criterio de «evidencia empírica», lo cual es muy limitado y cuestionable. Es como pretender explicar el océano Atlántico a sabiendas de que nuestros instrumentos solo nos permiten sondear el entorno de las islas Canarias.

Deberían considerarse otros criterios de evidencia, como la evidencia de procedimiento, la cualidad de los cambios, la percepción de eficacia del propio sujeto en relación con la mejora de su bienestar o la valoración del experto.

Se evalúan resultados, pero no así los procedimientos. Debería evaluarse, como indicador que genera evidencia de eficacia, el procedimiento de aplicación de la intervención en la que el papel del terapeuta puede ser determinante respecto al tipo de relación que se establece, el grado de confianza, la alianza terapéutica, etc.

Si desde el punto de vista de la honestidad científica no se pueden obviar los fenómenos subjetivos que intervienen en el cambio, la metodología basada en exclusiva en la medición de conductas observables procesadas cuantitativamente muestra su debilidad. Si los cambios fenomenológicos que suceden como efecto de la intervención terapéutica son en gran medida subjetivos, la evidencia empírica debería obtenerse a través de metodología cualitativa a través de la cual, y aplicada con rigor, se obtienen evidencias empíricas altamente significativas, inalcanzables a través de