

La terapia sexual relacional

Reflexiones sobre el abordaje de la sexualidad adulta en la consulta del psicoterapeuta. Resultados del Estudio-Sex

Ricardo Gallego¹; Rosario Castaño²

La importancia de la sexualidad adulta en la sociedad y en nuestra vida cotidiana es innegable y más aún cuando aparecen dificultades que nos dificultan su disfrute y nos hacen sufrir. Sospechamos, por nuestra experiencia clínica y por datos propios (estudio EPIFEAP) que en las consultas de los psicoterapeutas con los que colaboramos, las demandas de los pacientes no incluyen con demasiada frecuencia estas disfunciones sexuales. En este artículo nos planteamos algunas preguntas en este sentido y utilizamos los datos del Estudio_Sex para reflexionar y elaborar algunas respuestas e hipótesis. También explicamos el tipo de psicoterapia sexual que utilizamos en nuestra práctica.

Palabras clave: Psicoterapia relacional, terapia sexual, disfunción sexual, sexualidad

The importance of adult sexuality in society and in our daily lives is undeniable and even more so when difficulties appear that make it difficult for us to enjoy it and make us suffer. We suspect, based on our clinical experience and our own data (EPIFEAP study), that in the consultations of the psychotherapists with whom we collaborate, the demands of the patients do not include these sexual dysfunctions very often. In this article we ask ourselves some questions in this sense and we use the data from the Estudio_Sex to reflect and elaborate some answers and hypotheses. We also explain the type of sexual psychotherapy we use in our practice.

Key Words: Relational psychotherapy, sexual therapy, sexual dysfunction, sexuality

English Title: Relational sex therapy. Reflections on the approach to adult sexuality in the psychotherapist's office. Results of the Study-Sex

Cita bibliográfica / Reference citation:

Gallego, R. y Castaño, R. (2022). La terapia sexual relacional. Reflexiones sobre el abordaje de la sexualidad adulta en la consulta del psicoterapeuta. Resultados del Estudio-Sex. *Clínica e Investigación Relacional*, 16 (2): 513-526. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2022.160210

¹ Doctor en Medicina (URJC), médico de familia, psicoterapeuta psicoanalítico acreditado por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) y sexólogo clínico por la Universidad de Barcelona. Coordinador nacional de los estudios EPIFEAP, El futuro de la psicoterapia, Impacto psicológico de la pandemia por COVID 19 en psicoterapeutas españoles y Estudio_Sex: manejo de la sexualidad adulta en la consulta del psicoterapeuta. Miembro fundador del Grupo para el Estudio y la Investigación de la Terapia Sexual Relacional (GEITSR). Vicepresidente del CEAP (Centro de Estudios y Aplicación del Psicoanálisis de Madrid). Coautor del libro Terapia Sexual Relacional. rgalluis@gmail.com

² Psicóloga clínica, sexóloga clínica, psicoterapeuta psicoanalítica relacional. Responsable de la unidad de psicología clínica y sexología en la Clínica Palacios (Madrid). Docente, supervisora y vicepresidenta del IPR (Instituto de Psicoterapia Relacional de Madrid). Presidenta de la Sección de Psicoterapias Psicoanalíticas de FEAP. Presidenta de FEMyS (Fundación Española Mujer y Salud). Miembro fundador del Grupo para el Estudio y la Investigación de la Terapia Sexual Relacional (GEITSR). Coautora del libro Terapia Sexual Relacional. rcastano@institutopalacios.com

La consulta suele ser un barómetro de lo que pasa en la sociedad que, como afirmaba ya Erich Fromm en los años cincuenta del pasado siglo, es dinámica, activa, y está siempre en constante transformación (Fromm, 1974). Es indudable que los psicoterapeutas formamos parte de nuestra sociedad y nuestro tiempo, y que en psicoterapia nos encontramos con personas cuyas demandas son un reflejo del momento social actual.

A los autores nos interesa conocer la influencia del contexto social en el desarrollo de la subjetividad y las relaciones personales, y como sexólogos también nos interesa aprender acerca de esta influencia en la percepción que cada uno tiene de la vivencia del sexo y de la intimidad, así como del abordaje de la sexualidad adulta y las relaciones de pareja, y cómo todo esto nos afecta a nosotros como psicoterapeutas.

En un estudio denominado EPIFEAP, que publicamos en 2021 (Gallego, 2021), estudiamos la actividad clínica psicoanalítica en España y preguntamos a los psicoterapeutas investigadores cuáles eran los motivos de consulta - principal y secundario- por los que sus pacientes buscaban ayuda. Estos motivos se recogen en la tabla 4 del artículo (Gallego, 2021). Como sexólogos estamos habituados a recibir demandas relacionadas con dificultades sexuales, y nos llamó poderosamente la atención que la insatisfacción sexual fue recogida como motivo de consulta principal tan sólo en un 5,2 % de los pacientes. Incluso si incluimos el 2,9 % de los pacientes que presentaron dificultades sexuales como motivo de consulta secundario, estamos en un 8 %, muy por debajo de las cifras poblacionales de incidencia y prevalencia de las disfunciones sexuales (Laumann, 2005).

Nuestra experiencia en la consulta es justo la opuesta, tal vez sesgada por nuestra especialización en sexología, donde vemos cada vez con mayor frecuencia demandas sexuales que pensamos que son un reflejo del momento actual.

Una mirada a nuestro alrededor, nos muestra un mundo lleno de diversidad donde interactúan países, personas y empresas ubicadas en regiones del mundo muy diversas. Con un solo clic tenemos en nuestra mano el mundo entero y, con la ilusión de formar parte de él, conectamos con personas en un espacio en el que la realidad y la virtualidad a veces se confunden, las fronteras entre los lugares y los no-lugares se han diluido.

Nos hemos instalado en la sociedad de la disociación de las emociones; la individualidad (Hernando, 2012), el yo como un bien de consumo; la sustitución de la realidad por el deseo, pero también la agonía del Eros, y la expulsión de lo distinto (Han, 2017, 2019). Estamos de acuerdo con López Mondéjar cuando habla de las mutaciones antropológicas que nos aquejan, definiendo el concepto de fantasía de invulnerabilidad como una particular ilusión narcisista que permite a modo de defensa refugiarse en la omnipotencia y negar la propia fragilidad (López Mondéjar, 2022). Podemos afirmar que habitamos la sociedad del ¡YA! todo

tiene que ser inmediato, sin esfuerzo y sin espera, negando cualquier idea de límite; el valor fundamental es la juventud y el éxito que son sinónimos de placer, dinero, y poder: factores predominantes en el modelo oficial de felicidad. Y esto lo vemos reflejado en los eslóganes de las campañas publicitarias: "Adelgace sin pasar hambre"; "No limits"; "Imposible is nothing"; "Aprenda inglés en 3 meses y sin esfuerzo"; "Yes we can" y tantos otros.

Actualmente, los comportamientos sexuales son muy diferentes a los de otras épocas pasadas, puesto que se viven con más libertad y naturalidad; sin embargo, esto no significa que no haya contradicciones ni problemas; tal vez el sexo no se deja banalizar tanto como quisiéramos. Cada persona es única y en nuestra sociedad occidental, en el terreno sexual hay una serie de costumbres, a veces implícitas y otras explícitas, que son observables y frecuentes, tales como:

- se sigue anhelando un amor-pasión para toda la vida, hay deseo de vinculación junto al miedo a que esto ocurra y se pierda la propia individualidad.

- predominan las falsas expectativas sobre el deseo y el placer físico a los que se les otorga un poder casi mágico. Hay una supremacía del cuerpo.

- el sexo se ha convertido en un objeto más de consumo, que se puede desechar en cuanto las ganas desaparezcan, ... *estemos juntos mientras dure la pasión* ... hay un predominio de los vínculos frágiles, rápidos, idealizados y separados de la vida doméstica, tal como explica Bauman (2018).

- junto a la necesidad de expresar sentimientos aparece el vértigo a desnudarse emocionalmente.

- aunque es un hecho que la reproducción está desligada cada vez más de la sexualidad, se suele ignorar el impacto que esto, y los métodos anticonceptivos tienen en el sexo.

- la influencia de las redes sociales está siendo decisiva en el cambio de costumbres sexuales con las Apps de contacto tipo Tinder¹, Instagram, Tik Tok ... o el propio WhatsApp que ha desplazado al teléfono en la comunicación diaria.

- la pornografía² es cada vez más accesible y se consume a edades más tempranas, esto junto a la falta de educación afectivo-sexual en el ámbito escolar y en el familiar está dando lugar a un aumento de la violencia y de las conductas sexuales de riesgo.

- hay una mayor cosificación del cuerpo, el otro desaparece como sujeto y aparece únicamente como objeto de consumo lo que de algún modo dificulta que aparezca la intimidad.

Los datos de nuestro estudio EPIFEAP y nuestra experiencia clínica nos llevan a hacernos una serie de preguntas que nos gustaría responder en este artículo hasta donde seamos capaces. ¿los pacientes consideran la psicoterapia un recurso adecuado para atender sus dificultades/síntomas sexuales? ¿por qué las disfunciones sexuales están infrarrepresentadas en las consultas de psicoterapia? ¿cómo abordamos este tipo de problemas? ¿los psicoterapeutas recibimos suficiente formación sobre el estudio y tratamiento de las disfunciones sexuales?

Para intentar contestar a estas preguntas diseñamos el Estudio_Sex, una encuesta online de 27 preguntas; anónima; y dirigida a psicoterapeutas de cualquier orientación y escuela que estuvieran ejerciendo o en formación en España. El periodo de recogida de datos fue entre los meses de julio y septiembre de 2022. La difusión del cuestionario del estudio se hizo en redes sociales, grupos de WhatsApp, por correo electrónico a asociaciones de FEAP. Se comentan a continuación los principales resultados (se adjuntan tablas de resultados en el anexo 1 al final del artículo):

- se recogieron 143 encuestas de psicoterapeutas de todo el territorio nacional y de todas las escuelas y orientaciones, siendo las más numerosas la orientación psicodinámica (65%), la sistémica (23%) y la humanista (20%).³

- el 50 % de los encuestados contestó que en el último año había recibido algún paciente cuyo motivo de consulta estaba directamente relacionado con una dificultad sexual. Este porcentaje sube hasta el 78% cuando la dificultad sexual no es el motivo de consulta inicial, pero aparece durante las primeras sesiones.

- el 97 % de los psicoterapeutas consideran que deberíamos estar formados para entender las disfunciones sexuales. Un 67 % considera que además de entenderlas, también deberíamos saber manejarlas.

- el 51 % de los participantes del estudio ha recibido formación en disfunciones sexuales durante su periodo de formación como psicoterapeutas.

- el 72 % de los psicoterapeutas consideran que no están suficientemente formados.

Los resultados del Estudio_Sex, nos pueden servir para generar algunas hipótesis y plantear potenciales respuestas a nuestras dudas. Obviamente no es un estudio que analice una muestra representativa de todo el colectivo de psicoterapeutas españoles, pero son los mejores datos de que disponemos.

Parece que los pacientes sí consideran que la consulta de psicoterapia puede ser un recurso válido para encontrar solución a sus dificultades sexuales, ya que la mitad de los encuestados admite que ha recibido este tipo de demandas. Además, la mayoría de los psicoterapeutas detectan con facilidad estas dificultades, incluso cuando no es el motivo principal de consulta. Esto implica que exploremos la sexualidad en las primeras entrevistas.

Cuando una persona acude a nuestra consulta de psicoterapia con un problema en su sexualidad, de forma implícita ya ha asumido que su problema tiene un origen psicológico o un problema de pareja. Si se sintiera enferma, o quisiera descartar un problema orgánico, como de hecho es bastante frecuente que ocurra, iría a la consulta de medicina, o sexología. De hecho, aprovechamos para mencionar aquí que concebimos las disfunciones sexuales como síntomas potencialmente orgánicos y/o psíquicos, de etiología multifactorial, y que requieren muchas veces en su abordaje un trabajo en equipo, incluyendo tanto la parte psicológica como el estudio médico.

Nuestra sociedad es una sociedad medicalizada, y la sexualidad, por tanto, también lo está. En 1980, la American Psychiatric Association (APA) publica la tercera edición del DSM-III⁴, siendo ésta la primera vez que aparecen las disfunciones psicosexuales, que es como llamaron en el DSM-III a las actuales disfunciones sexuales. Así es como se pasa de las inadecuaciones en las relaciones sexuales de la pareja, que es como Masters y Johnson, los padres de la sexología moderna enfocaron las dificultades sexuales, a las disfunciones sexuales, sacando así la relación de pareja de la ecuación y creando categorías de patologías sexuales necesitadas de tratamiento, siguiendo el modelo médico. Desde este enfoque, podríamos entender por qué las personas con alguna dificultad sexual, acuden en mayor medida a la sexología y a la medicina que a la psicoterapia. Pero no olvidemos que en el estudio EPIFEAP hasta un 8% de los motivos de consulta estaban relacionados con insatisfacción sexual.

Respecto a la forma de tratar las disfunciones sexuales, los resultados del Estudio_Sex nos dicen que los psicoterapeutas abordamos este tipo de demandas con: psicoterapia (92%); con terapia sexual clásica⁵ (14,8 %); y derivando a otros profesionales cuando es necesario (55,7%). La modalidad de psicoterapia que se ofrece es individual (90%) o de pareja (49 %).

Retomando los datos que nos proporciona el Estudio_Sex sobre la formación en sexualidad y en disfunciones sexuales, la gran mayoría de los psicoterapeutas está de acuerdo en la necesidad de estar bien formados para identificar (97%) y manejar (67%) estas disfunciones. Otro dato interesante es que el 72% consideran que no están suficientemente formados y que hay un 49 % de ellos que no han recibido formación específica en disfunciones sexuales durante su periodo de formación como psicoterapeutas.

El perfil de los pacientes cambia, en la misma medida que cambia la sociedad. Recibimos nuevas demandas en nuestras consultas que nos estimulan a mantener una formación continuada, y a adquirir nuevas herramientas y habilidades. Pensemos, como decíamos, en la irrupción de la virtualidad, las redes sociales, los juegos online, aplicaciones como Tinder, Instagram, etcétera, o en los distintos modelos de familia, de pareja, el género no binario, y desde luego las relaciones sexuales.

Estamos de acuerdo con la necesidad de estar formados en sexualidad adulta y en la identificación y manejo de sus disfunciones, y nos parece que los datos del Estudio_Sex pueden estar apuntando a una formación insuficiente en las escuelas que forman psicoterapeutas.

Nos gustaría hacer una breve descripción del método que utilizamos, la terapia sexual relacional (Castaño y Gallego, 2022), enfocada a la identificación, diagnóstico y manejo de los diferentes tipos de disfunciones sexuales.

Hacemos aquí un apunte, a modo de aclaración, sobre la nomenclatura más utilizada actualmente para denominar a estas disfunciones – ver cuadro más abajo - que es la utilizada en el DSM-5, y que pensamos que es importante conocer para poder comunicarnos con otros profesionales utilizando un lenguaje común. Sin embargo, el DSM se queda muy corto y no recoge aspectos como el deseo, el placer, la intimidad, las fantasías, la vergüenza, la culpa, y una amplia variedad de emociones y aspectos de la subjetividad y la intersubjetividad que se tienen en cuenta en la terapia sexual relacional.

DSM-5: Disfunciones sexuales

- Eyaculación retardada
- Trastorno eréctil
- Trastorno orgásmico femenino
- Trastorno del interés / excitación sexual femenino
- Trastorno de dolor genito-pélvico / penetración
- Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón
- Eyaculación prematura (precoz)
- Disfunción sexual inducida por sustancias / medicamentos

Las disfunciones han de estar presentes en el 75-100 % de las ocasiones, tener una duración de al menos 6 meses, ocasionar un malestar clínicamente significativo al individuo y la disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica, a excepción de la disfunción inducida por sustancias.

La terapia sexual relacional es una modalidad de psicoterapia de base psicodinámica donde se combinan elementos de educación sexual, las prescripciones y tareas sexuales, y comunicativas, que provienen de la terapia sexual clásica (Masters y Johnson, 1978; Kaplan,

2014) con una psicoterapia psicoanalítica de orientación relacional (Mitchell, 1993; Buechler, 2018; Ehrenberg, 2016) combinada con algunos elementos propios de la terapia breve y focal.

Prestamos atención a dos niveles de abordaje: el sintomático y el del conflicto psíquico subyacente, y cómo ambos se manifiestan en el presente, en lo que está ocurriendo en la vida del paciente y en su relación de pareja.

Desde esta perspectiva se considera que la sexualidad es un aspecto de la subjetividad, y la escucha no es solo hacia los conflictos internos y la mente aislada ⁶ sino que cobran importancia el cuerpo y la sexualidad adulta, que es el resultado de la integración de la dimensión sensual y la dimensión sexual, lo que implica la integración de necesidades, más propias del mundo infantil, y de deseos, más propios del mundo adulto.⁷ El estilo de apego y la excitación sexual adulta son dos factores a tener en cuenta.

Independientemente de las razones por las que se practique sexo, sea por placer; reafirmación de la identidad; como forma de mejorar la autoestima; ... las relaciones sexuales son un escenario dramático en el que se desencadenan tormentas emocionales que suelen descubrir la vulnerabilidad de cada uno, y tenemos que entender qué ocurre en ese escenario entre personas adultas.

El terapeuta no permanece silencioso, pregunta y responde, quiere saber de aquello que quiere saber el paciente y es muy importante la forma de plantear las preguntas y el tipo de preguntas. En la terapia sexual se hacen preguntas del tipo, ¿qué haces con tu pareja?, ¿qué le dices?, ¿cuál es vuestro lenguaje sexual? No es tanto lo que pueden hablar para expresar algún tipo de malestar, algo que suele ser habitual antes o después del encuentro para valorar la conducta de cada uno: *...lo he pasado muy bien, podía haber estado mejor, ha sido genial, no lo hemos conseguido, otra vez será...* sino el tipo de lenguaje con el que se comunican durante la relación sexual, ¿de qué manera os comunicáis durante la práctica sexual?, ¿qué te dice?, ¿cómo te pide sexo y cómo lo pides tú?, ¿qué dejas de hacer y por qué?, ¿a qué cosas te niegas y cómo lo haces?, ¿qué le dirías o qué quieres hacer y no te atreves?, éstas entre otras muchas preguntas, dependiendo del paciente y de su problema.

Y para saber cómo interactúan en la intimidad, se pregunta sobre el cuerpo, zonas erógenas, genitales, cuáles son las sensaciones, cambios o síntomas físicos más destacados, se habla de orgasmos, placeres..., utilizando un lenguaje claro que nos dará mucha información acerca de cómo percibe su cuerpo y cómo se vive a sí mismo. Existe una conexión intrínseca entre conocimiento y acción, la mente humana se adapta al mundo real y el sentimiento, el pensamiento y la acción son aspectos interdependientes del mismo proceso;

nosotros sabemos cosas a través de lo que hacemos y a través de la percepción de nuestro cuerpo.

Como explica Kaplan,

...el terapeuta debe hacerse una imagen mental exacta de cómo hacen el amor, o de lo que cada miembro está haciendo con la pareja sexual ... (Kaplan, 2014, pp. 330).

En una terapia sexual encontramos con frecuencia que a los pacientes les resulta más natural pormenorizar los conflictos que desencadenan las relaciones sexuales que expresar los propios cambios físicos de la excitación, o hablar de placeres, orgasmos y deseos debido, entre otros muchos motivos personales, a que en general solemos aprender a expresar las dificultades relacionales, y no tanto a poner palabras a las sensaciones físicas, o a las experiencias eróticas, a pesar de que vivimos en una sociedad en la que hablar de sexo se ha convertido en algo habitual y se hace con facilidad en cualquier espacio público.

El sexo y el placer son universales, siempre cargados de significados culturales, y cada uno los interpreta dentro de su propio contexto cultural y social, en el que no se suele hablar de sexo, aunque sí se imagine, se fantasee y se piense; además, hablar de relaciones sexuales placenteras suele originar confusión, lo que es placentero para uno no lo es para otro, cada uno imagina y fantasea un tipo de excitaciones, de orgasmos, unos placeres conocidos y otros por conocer. No hablamos, por tanto, de relaciones placenteras, sino de relaciones genuinamente significativas.

Son preguntas que no llevan un orden ni forman parte de un cuestionario preestablecido, pero al formularlas contribuyen a que paciente y terapeuta vayan descubriendo su forma de interactuar y esto pueda proporcionar al paciente una nueva experiencia interpersonal constructiva que desafía los esquemas relacionales existentes.

A veces el sujeto de consulta es el paciente, y otras es la relación de pareja, el "nosotros"; y en ese caso debemos entender desde donde se ha construido la pareja, explorar el estilo de apego, las expectativas, y el rol que han desarrollado cada uno, y cómo se han ido configurando las relaciones sexuales y la intimidad; cuándo comenzaron las dificultades que nos cuentan, y cuáles son las soluciones intentadas; qué esperan de la terapia; y también por qué es en este preciso momento cuando se deciden a consultar.

Se suele tratar a la pareja, aunque según nuestra experiencia clínica hay personas que requieren un abordaje individual, pues su problema surgió antes de iniciar la relación con su pareja actual, como en casos de vaginismo o anorgasmia primaria, también en determinados casos de eyaculación precoz, pues hay disfunciones sexuales que no dependen totalmente de

las interacciones con el Otro, aunque, si se tiene pareja, se debe contar con su participación indicándoles tareas conjuntas.

En la terapia sexual, las tareas son recursos esenciales, pues a través de la acción se activa la parte sensorial con ejercicios sexológicos que se deben realizar a nivel individual o con la pareja. A medida que se actúa a nivel del cuerpo, y que el paciente va descubriendo habilidades corporales, también se va modificando el registro sensorial, pues cuando se reconoce un sentimiento nuevo a través del cuerpo se suele producir una revaloración de un acontecimiento, y se empieza a saber sobre ese acontecimiento de forma diferente, experiencial, aunque esto no implica necesariamente un cambio inmediato. También habrá que estar atentos a los incumplimientos, o a la evitación de la ejecución de las tareas porque puede emerger material emocional, defensivo, resistencias, etcétera que es muy importante analizar con el paciente o con la pareja y que es muy probable que apunte en la dirección del conflicto, en caso de haberlo.

El rol del cuerpo es fundamental en la terapia, el cuerpo es la expresión de nuestra feminidad, de nuestra masculinidad; es el medio de transmisión del erotismo, es lugar de comunicación, por lo que a través de los ejercicios sexológicos se aprende a tomar conciencia de la interacción con la pareja. Sin embargo, estas tareas sexuales tienen un valor limitado si no forman parte de la psicoterapia a nivel global y, por esto, la terapia sexual se enseña aparte de la formación psicoterapéutica. En nuestra opinión el terapeuta sexual debe tener una extensa formación psicoterapéutica aparte de una formación sexológica específica.

Los terapeutas sexuales relacionales tratamos a personas cuya demanda principal está relacionada con algún tipo de disfunción sexual que quieren resolver y que debemos atender, lo que denominamos el síntoma, que se aborda en el aquí y ahora, independientemente de que durante las primeras entrevistas, o el curso de la terapia afloran conflictos intrapsíquicos subyacentes o de pareja, que podrían estar relacionados con dicha disfunción, y que podremos abordar con psicoterapia o no, dependiendo del deseo de nuestro paciente.

El proceso terapéutico también implica explorar aspectos de la subjetividad – emociones, pensamientos y sentimientos – que se gestionan y tramitan para que puedan producirse los cambios y transformaciones necesarios.

Respecto al encuadre, es habitual que en terapia sexual relacional la frecuencia de las sesiones sea quincenal o mensual, en lugar de la frecuencia semanal, habitual en la psicoterapia convencional. Una de las razones es que hay que dar espacio y tiempo para que la pareja asimile lo tratado en las sesiones y que puedan poner en práctica los ejercicios y prescripciones recomendados, sin sentirse presionados a “tener que hacerlos” porque

tenemos la sesión a la vuelta de la esquina. Es importante colaborar a que se cree un clima sin exigencias y de confianza con la pareja consultante.

Terminamos este breve repaso por la terapia sexual relacional poniendo el acento en dos aspectos que son fundamentales desde nuestro punto de vista:

- la necesidad de contar con un equipo multidisciplinar de profesionales de referencia a los que poder derivar a nuestros pacientes puntualmente, por ejemplo profesionales de la medicina (ginecología, urología, endocrinología, enfermería, fisioterapia, medicina general, psiquiatría ...) que nos ayuden a diagnosticar y tratar las enfermedades o vicisitudes del cuerpo, que pueden estar relacionadas con algunas disfunciones sexuales (sequedad vaginal en la menopausia y la lactancia; problemas de próstata, diabetes, hipertensión, enfermedades de transmisión sexual ...). También otros psicoterapeutas especialistas en temas específicos que no conozcamos, como puede ser la mutilación genital femenina, el maltrato, la transexualidad, enfermedad mental grave ...
- la supervisión de casos, que es una herramienta muy potente que nos ayuda a tener otra perspectiva cuando nos enfrentamos a una situación complicada.

Anexo 1: Resultados de las preguntas realizadas en el Estudio_Sex

Pregunta	Nº respuestas	Texto	Respuestas	Porcentaje
1	143	Sexo biológico	Mujer	81,8
			Hombre	18,2
2	143	Género	Femenino	81,1
			Masculino	18,9
3	143	Orientación sexual	Hetero	88,1
			Homo	4,9
			Bi	6,3
			No binaria	0,7
4	143	Edad	Media (min;max)	49,6(20;80)
5	143	Provincia	Madrid	30,1
			Barcelona	25,9
			Sevilla	6,3
			Zaragoza	4,9
			Vizcaya	4,2
			Burgos	2,8
			Cádiz	2,8
			Pontevedra	2,1
			Navarra	2,1
6	143	Formación universitaria	Otras	16,7
7	143	Formación universitaria	Psicología	87,4
			Medicina	7,7
			Otras	4,9
7	143	Tipo de psicoterapia	Psicodinámica	65
			Sistémica	23,1
			Humanista	20,3
			Cognitivo-conductual	13,3
			Corporal-emocional	12,6
			En formación	7
			Otras	6,3
9	143	Ámbito de la psicoterapia	Privado	76,2
			Público	6,3
			Ambos	
10	143	¿Formación en sexualidad?	Si	49
			No	51
12	141	¿Formación en disfunciones sexuales (D.S.)?	Si	30,5
			No	69,5
14	143	¿Consultan pacientes con D.S. como motivo de consulta principal?	Si	50,3
			No	49,7
15	143	¿Consultan pacientes con D.S. como motivo de consulta secundario?	Si	78,3
			No	21,7

Pregunta	Nº respuestas	Texto	Respuestas	Porcentaje
17	131	Tipos de consultas por D.S.	Eyacuación retardada	13
			Eyacul. Precoz	39,6
			Trast. Eréctil	37,4
			Trast. Orgasmo femenino	37,4
			Trast. Interés/excitación	68,7
			Dolor génito/pélvico	28,2
			Deseo sexual hipoactivo en el varón	33,6
			D.S. inducida por sustancias/medicamentos	25,2
			Insatisfacción sexual inespecífica	48,1
20	143	¿Tratas a las personas que te consultan por dificultades sexuales?	Si	75,5
			No	24,5
21	115	Si las tratas, ¿Qué modalidad de terapia ofreces?	Individual	90,4
			Pareja (si tiene)	49,6
			Grupo	4,3
22	115	Si las tratas, ¿Qué opciones de terapia ofreces?	Psicoterapia	92,2
			Terapia sexológica clásica	14,8
			Siempre derivo al especialista	7
			Derivo al especialista cuando es necesario	55,7
23	62	Si no las tratas...¿cuál es la razón?	No tengo formación suficiente	51,6
			No recibo este tipo de demandas	43,5
			Estos pacientes debe atenderlos un especialista	22,6
			Derivo estas demandas	25,8
24	143	¿Trabajas con un equipo?	Si, y les suelo derivar pacientes	51,7
			No, pero derivo si es necesario	35
			No	13,3
25	143	¿Qué tipo de derivaciones sueles realizar?	Otros psicoterapeutas	71,3
			Psiquiatría	58,7
			Sexología	32,9
			Ginecología	30,8
			Urología	25,9
			Medicina general	30,1
			Fisioterapia	16,8
			No derivo	3,5
26	143	¿Consideras que los psicoterapeutas deberíamos estar formados para entender, diagnosticar y tratar las D.S.?	Si, para entender, diagnosticar y tratar	67,1
			Si, para entender (derivar para diagnosticar y tratar)	30,8
			No	2,1
27	143	¿Has recibido algún tipo de formación en D.S. adulta durante tu formación como psicoterapeuta?	Si	51,7
			No	48,3
28	143	¿Crees que tu nivel de formación en este campo es suficiente?	Si	28
			No	72

Cuando la suma de los porcentajes es superior a 100, significa que se pueden elegir varias respuestas.

REFERENCIAS

- Bauman, Z. (2018). *Amor líquido. Sobre la fragilidad de los vínculos humanos* (Trad. Albino Santos). Editorial Planeta (Obra original publicada en 2003).
- Buechler, S. (2018). *Valores de la clínica. Emociones que guían el tratamiento psicoanalítico*. Ágora Relacional editores. Colección Pensamiento Relacional nº 20 (Obra original publicada en 2004).
- Castaño, R. (2011) *La terapia sexual. Una mirada relacional*. Col. Pensamiento Relacional. Vol. 4 Madrid
- Castaño, R. y Gallego, R. (2022). *Terapia sexual relacional*. Ágora Relacional editores (2ª edición revisada y aumentada). Colección Pensamiento Relacional Nº 4 (en prensa).
- Ehrenberg, D.B. (2016). *Al filo de la intimidad. Extendiendo el alcance de la interacción psicoanalítica* Ágora Relacional. Colección Pensamiento Relacional nº 16.
- Fromm, E. (1974). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. Hacia una sociedad sana*. Fondo de cultura económica (Obra original publicada en 1955).
- Gallego Luis, R., Castaño Catalá, R., Arroyo López, C. et al. (2021). Estudio epidemiológico sobre la práctica clínica de la psicoterapia psicoanalítica en España: pacientes y terapeutas. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*; 41(139): 89-116
- Han, B. (2017). *La expulsión de lo distinto*. (Trad. Alberto Ciria). Ed. Herder.
- Han, B. (2019). *La agonía del Eros*. (Trad. Antoni Martínez Riu). Ed. Herder.
- Hernando, A. (2012) *La fantasía de la individualidad. Sobre la construcción sociohistórica del sujeto moderno*.
- Kaplan, H. S. (2014). *La nueva terapia sexual 1* (Trad. Alfonso Álvarez Villar). Alianza editorial.
- Kaplan, H. S. (2014). *La nueva terapia sexual 2* (Trad. Alfonso Álvarez Villar). Alianza editorial.
- Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005; 17:39-57
- López Mondéjar, L. (2022). *Invulnerables e invertebrados. Mutaciones antropológicas del sujeto contemporáneo*. Anagrama. Argumentos.
- Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1978). *Incompatibilidad sexual humana*. Editorial Intermédica (Original publicado en 1970).
- Mitchell, S. A (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis, una integración*. Siglo XXI (Obra original publicada en 1988).

Original recibido con
fecha:

18/9/2022

Revisado: 30/09/2022

Aceptado: 30/09/2022

NOTAS:

¹ La App Tinder cumple diez años en la red, desde su lanzamiento se ha descargado 400 millones de veces y ha robado el protagonismo de la vida sexual y sentimental de nuestro tiempo. (El País Semanal, 11 septiembre 2022)

² Ya desde los años setenta del pasado siglo se vienen haciendo estudios para entender las consecuencias del uso de la pornografía por parte de los adolescentes y jóvenes en la salud mental; el impacto de las mismas en el aumento de demanda de disfunciones sexuales; y sobre el ideal de mujer y de hombre que transmiten las imágenes pornográficas. Hay un aumento de la adicción a la pornografía, aunque en las investigaciones llevadas a cabo a nivel internacional no se ponen de acuerdo con la nomenclatura, y este tipo de adicción no se refleja como tal en los manuales oficiales de diagnóstico.

³ La suma es superior al 100% porque se podían seleccionar varias respuestas, ya que un psicoterapeuta puede estar formado en más de un tipo de psicoterapia.

⁴ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, cuya primera edición es de 1952. Es publicado por la APA (*American Psychiatric Association*). Este es un sistema de clasificación para el diagnóstico psiquiátrico y tiene como propósito principal establecer un lenguaje común entre todos los profesionales de la salud mental. Tiene un claro predominio del enfoque biologicista.

⁵ Descrita inicialmente por Masters y Johnson en su obra *Incompatibilidad sexual humana* (1970).

⁶ El concepto de la mente aislada de Freud, que incluye el complejo de Edipo, el inconsciente aislado, y las fantasías reprimidas han ido evolucionando hacia la mutualidad, el conocimiento relacional implícito (CRI) y las fantasías, no como consecuencia de un mundo reprimido y oscuro sino como sinónimo del *self*, del sentimiento de sí mismo (Castaño, 2011)

⁷ La dimensión sensual hace referencia a la sexualidad infantil en la que se desarrolla: el apego, la capacidad para dar y recibir cariño, la empatía, la confianza y seguridad en uno mismo y en los demás; y la dimensión sexual que hace referencia a las excitaciones sexuales propiamente adultas: hormonas, neurotransmisores, la necesidad de defender la integración de la identidad y de la cohesión del *self*, y la agresividad, ambas dimensiones (sensual y sexual) se van integrando en el desarrollo, y a través de las relaciones de intimidad, van dando lugar a una sexualidad adulta que puede ser suficientemente sana utilizando terminología winnicontiana, o presentar algún tipo de disfunción.