
Shelley Green
Douglas Flemons
(Compiladores)

Manual de terapia breve sexual

Shelley Green
Douglas Flemons
(Compiladores)

Manual de terapia breve sexual

Índice

PORTADA	
DEDICATORIA	
PRÓLOGO	
COLABORADORES	
PREFACIO	
AGRADECIMIENTOS	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO 1. ¿UNA VEZ MÁS? DE LA TERAPIA DE POSIBILIDADES A LA TERAPIA SEXUAL	
CAPÍTULO 2. TERAPIA SEXUAL MULTICONTEXTUAL CON PAREJAS LESBIANAS	
CAPÍTULO 3. «PUESTA A PUNTO» (PARA EL CAMBIO): PARA TRATAR PROBLEMAS SEXUALES	
CAPÍTULO 4. ILUMINAR LA INTIMIDAD Y EL PLACER SEXUAL	
CAPÍTULO 5. LA EYACULACIÓN PRECOZ DEL DIAGNÓSTICO DE «ADICCIÓN AL SEXO»	
CAPÍTULO 6. SALIR DE MI CONSULTA Y ENTRAR EN SU DORMITORIO	
CAPÍTULO 7. RESOLUCIONES ÚNICAS PARA PROBLEMAS ÚNICOS: EL TRATAMIENTO BREVE DE LAS DIFICULTADES SEXUALES	
CAPÍTULO 8. QUE QUEDE ENTRE NOSOTROS: UN ENFOQUE RELACIONAL DE LA TERAPIA DE PAREJA	
CAPÍTULO 9. ¿QUIÉN SE IRÍA A LA CAMA CON EL MODELO MÉDICO? UN ENFOQUE NARRATIVO/ECLÉCTICO DE LA TERAPIA	
CAPÍTULO 10. ¿CÓMO «LO HACEN» LOS TERAPEUTAS DE PAREJAS DEL MISMO SEXO?	
CAPÍTULO 11. UN ENFOQUE CATALÍTICO DE LA TERAPIA SEXUAL BREVE	
CAPÍTULO 12. «NO SE PASE DE OPTIMISTA»: JOHN WEAKLAND EN ACCIÓN	
13. TRANSFORMAR LAS HISTORIAS: UN ENFOQUE CONTEXTUAL DEL TRATAMIENTO DE LOS ABUSADORES SEXUALES	
14. RE-COMPONER EL YO: UN ENFOQUE RELACIONAL DEL TRATAMIENTO DE LOS ABUSOS SEXUALES	
EPÍLOGO	
NOTAS	
CRÉDITOS	

Te damos las gracias por adquirir este EBOOK

Visita Planetadelibros.com y descubre una nueva forma de disfrutar de la lectura

¡Regístrate y accede a contenidos exclusivos!

Próximos lanzamientos
Clubs de lectura con autores
Concursos y promociones
Áreas temáticas
Presentaciones de libros
Noticias destacadas

PlanetadeLibros.com

Comparte tu opinión en la ficha del libro
y en nuestras redes sociales:



Explora Descubre Comparte

A la memoria de Gary Sanders (1950-2002)

PRÓLOGO

Me emocionó mucho la decisión de Douglas Flemons y Shelley Green de dedicar este libro a la memoria de Gary Sanders. Después de conocerle durante más de 30 años y compartir diariamente el mismo espacio de trabajo con él a lo largo de los últimos 20 de esos años (Tomm, 2003), tengo plena confianza en que se hubiera sentido profundamente honrado y tremendamente agradecido por ello. Gary fue un profesional clínico entregado: psicólogo, psiquiatra, terapeuta sexual, terapeuta de pareja y terapeuta familiar. También fue un miembro de la comunidad académica y un profesor con mucho talento a quien encantaba educar a los estudiantes de medicina, a los colegas, a los clientes y a otras personas sobre sexualidad. A lo largo de su carrera participó activamente en generar el tipo de intervenciones «rápidas» que describimos aquí, y le hubiera encantado leer esta estupenda colección de capítulos.

Manual de terapia breve sexual refleja claramente los valores respetuosos y orientados a los recursos que Gary sostenía firmemente. Los autores clarifican y aplican de forma creativa muchas de las ideas y métodos clínicos que enseñó y utilizó en su práctica (Sanders, 1995). En realidad, todo el libro es un maravilloso reconocimiento a aquello por lo que Gary, con su característica pasión, vivió y trabajó. Puedo fácilmente imaginarle sonriendo, riendo entre dientes o estallando en carcajadas, y ¡en ocasiones incluso exclamando «¡Sí! ¡Sí!» mientras leía estas páginas!

Muchos años atrás, cuando Gary hablaba y escribía acerca de las «Cinco palabras sexis» (*voluntad, mutualidad, excitación, vulnerabilidad y confianza*), para definir el «mejor sexo», ya dirigía sus esfuerzos a trabajar en una perspectiva de segundo orden que daba claramente prioridad a la intimidad sexual por encima de la actividad sexual (Sanders, 1991). A menudo, formulaba a sus clientes preguntas estratégicas para ayudarles a reconocer y apreciar la importancia de este enfoque: «Si por alguna razón solo pudiera estar presente un aspecto del sexo en su vida, la intimidad o el coito, pero no ambos, ¿cuál preferiría?». Él se centraba en la experiencia sexual más que en la conducta sexual, y eso le permitió tender con facilidad un puente entre el terreno de la homosexualidad y la heterosexualidad, y validar respetuosamente una amplia gama de sucesos y experiencias sexuales humanos (Sanders, 1993).

Un aspecto especialmente potenciador de su trabajo, sobre todo del que llevó a cabo con adolescentes, fue autorizar la libertad de pensamiento y sentimiento, y generar un espacio donde ellos pudieran elegir actuar o no según lo que pensaban y sentían. Se dio cuenta de que tan solo dar permiso, en un contexto cultural de prohibición y juicio, era increíblemente sanador. Contaba muchas historias acerca de la erróneamente llamada

«desviación sexual», que se esfumaba cuando los clientes liberaban su capacidad de imaginar con libertad, de comprender qué era experiencialmente lo más importante para ellos, y de elegir con libertad no materializar determinados pensamientos. En realidad, algunos de los fetiches más extravagantes de los adolescentes y los jóvenes simplemente se disolvían y evaporaban cuando podían interiorizar las ramificaciones y las consecuencias sin que hubiera coacción (Sanders, 1996). Con las parejas en las que había un compromiso a menudo le gustaba decir: «No importa dónde estimules tu apetito, con tal de que comas en casa». Y para ellas, añadió el *amor* y el *compromiso* a sus cinco palabras sexis.

Gary tenía una aguda sensibilidad para la importante cuestión del abuso de poder en las relaciones y experiencias de los clientes (Sanders, 1988). Consideraba el «asalto sexual» como un oxímoron. Para él, cualquier imposición o abuso está fuera de lugar, surge de la violencia, y no tiene nada que ver con la sexualidad. A menudo se servía de una analogía del béisbol para aclarar este punto, y señalaba: «El asalto sexual no tiene que ver con el sexo más de lo que tiene que ver el béisbol con machacarle a alguien la cabeza con un bate» (Liske, 1993). Acostumbraba a embellecer bastante la analogía para remarcar el absurdo y potenciar el impacto en quienes la escuchaban. Sin duda, aprendí de él que separar claramente los conceptos de sexo y sexualidad, de cualquier experiencia relacionada con abusos sexuales, resulta extremadamente liberador para los clientes que no solo los han sufrido sino que también han padecido la debilitadora asociación de sexo y violencia (Sanders, 1990). Gary estaba dotado con la poco habitual capacidad de desenredar estas delicadas cuestiones y lo hacía con una maravillosa combinación de humor y respeto.

Con todo, a pesar de su extraordinaria habilidad clínica, sospecho que Gary estaría fácilmente de acuerdo en que podría aprender mucho de los capítulos de este libro. Hay aquí un cierto rigor —en la conceptualización y aplicación de las ideas narrativas e intervenciones sistémicas, centradas en la solución de la terapia breve— que señala una maduración significativa de los enfoques terapéuticos sistémicos de segundo orden y del construccionismo social. En realidad, considero que es un gran logro aplicar con éxito y de una manera tan efectiva estos nuevos e innovadores métodos de terapia al terreno de la sexualidad humana. Por ello, me uno encantado a Gary para aplaudir la sensibilidad, la reflexión y la creatividad presentes en todas y cada una de las colaboraciones de este estupendo volumen.

KARL TOMM,
Doctor en Medicina,
LMCC, FRCP (C), CRCP (C)

Bibliografía

- Liske, C., «Gary Sanders on sexuality and loving intimacy», *The Calgary Participator*, vol. 3, nº 1, 1993, págs. 22-31.
- Sanders, G., «An invitation to escape sexual tyranny», *The Journal of Strategic and Systemic Therapies*, vol. 7, nº 3, 1988, págs. 23-35.
- , «Violence, sex, and therapeutic healing», *The Calgary Participator*, vol. 1, nº 1, 1990, págs. 1-7.
- , «Five sexy words», *The Calgary Participator*, vol. 1, nº 3, 1991, págs. 33-34.
- , «The love that dares not speak its name: From secrecy to openness in gay and lesbian affiliations», en E. Imber-Black (comp.), *Secrets in families and family therapy*, Nueva York, Guilford Press, 1993, págs. 215-242.
- , «Sexuality, power, and empowerment: One man's reflections on sex therapy», *The Canadian Journal of Human Sexuality*, nº 4, 1995, págs. 289-298.
- , «Recovering from paraphilia: An adolescent's journey from despair to hope», *Journal of Child & Youth Care*, vol. 11, nº 1, 1996, págs. 1-12.
- Tomm, K., «Acknowledging the work of Gary Sanders», *AFTA Newsletter*, nº 87, 2003, págs. 25-26.

(En la página web <<http://www.familytherapy.org>> del programa de Terapia familiar de la University of Calgary se encuentra disponible un listado completo de las publicaciones de Gary Sanders.)

COLABORADORES

Barbara Anger-Díaz. Investigadora Senior del Mental Research Institute (MRI). Cofundadora del Latino Brief Therapy Center del MRI y miembro de su equipo de terapia breve durante 13 años, Barbara todavía forma parte del personal docente. Reside actualmente en Miami, Florida, y es profesora adjunta en el programa de Counseling de la Barry University. Escritora, conferenciante y formadora, tanto en Estados Unidos como en otros países, su interés se centra en ampliar el desarrollo y expansión de la aplicación de la terapia breve a otros campos más allá de la psicoterapia.

Monte Bobele. Nacido en Galveston, Texas, es doctor en Psicología por la University of Houston. Después de dedicarse durante un corto período a la práctica privada, volvió a Galveston con una beca posdoctoral para formarse en terapia familiar en el Galveston Family Institute, donde estudió con Harry Goolishian, Paul Dell, George Pulliam y Harlene Anderson. Desde 1981, excepto por cuatro años dedicados a la enseñanza con Brad Keeney en la Texas Tech University a mitad de la década de 1980, Monte ha permanecido en Our Lady of the Lake University de San Antonio, donde es actualmente profesor de Psicología y director del programa doctoral de formación en Psicología de Counseling reconocido por la APA.*

Robert E. Doan. Hasta que recientemente se retiró y trasladó a Nuevo México, ejerció como profesor titular y catedrático en la University of Central Oklahoma, donde dio clases durante 18 años. Su interés por la terapia narrativa se inició durante su internado doctoral en Calgary, Canadá, cuando Michael White visitó el Programa de Terapia familiar del Foothills Hospital. Desde entonces, Rob fue refinando su técnica y publicó numerosos escritos sobre el enfoque narrativo, entre los que se incluye el libro *Story-Re-Visions*, del que es coautor con Alan Parry. Ejerció la práctica privada, trabajó como consultor en terapia familiar para diversas agencias, y prestó sus servicios como psicólogo titular en una institución penitenciaria para adolescentes.

Karen M. Donahey. Es profesora asociada en el Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento de la Feinberg School of Medicine de la Northwestern University. Karen es también directora del Center for Sex and Marital Therapy de Chicago, Illinois.

Douglas Flemons. Director del Servicio de Asesoramiento a los estudiantes y profesor de Terapia familiar en la Nova Southeastern University. Douglas es miembro y supervisor clínico de la American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT). Autor de *One Mind, Writing Between the Lines* y de *Completing Distinctions*, lleva a cabo seminarios y talleres internacionales, ejerce su práctica privada en Fort Lauderdale, Florida, y es codirector de Context Consultants.

J. Scott Fraser. Profesor, y antes director de formación en clínica y director de internos en la School of Professional Psychology of Wright State University de Dayton, Ohio. Scott prestó sus servicios durante 14 años como director del Crisis/Brief Therapy Center del Good Samaritan Hospital de Dayton. Además de dar clases, lleva a cabo tareas de dirección y supervisión en el Brief Therapy Center de la comunidad, supervisa la formación de los estudiantes de atención primaria sanitaria, y es consultor de los juzgados juveniles y de los programas intensivos de intervención en domicilio. Autor de numerosos artículos y capítulos de libros, su obra más reciente (escrita en colaboración con Andy Solovey) es *Second-Order Change in Psychotherapy*.

Shelley Green. Profesora asociada de Terapia familiar en la Nova Southeastern University, Shelley también presta sus servicios como codirectora de Context Consultants, en Fort Lauderdale, Florida. Editora de revisiones del *Journal of Marital and Family Therapy (JMFT)* y miembro de la junta editorial del *JMFT* y del *Journal of Feminist Family Therapy*, ha publicado numerosos escritos en el campo de la sexualidad, el VIH/sida, y la formación y supervisión clínica. Shelley es miembro y supervisora clínica de la AAMFT y miembro también de la American Family Therapy Academy. *Manual de terapia breve sexual* es su primer libro.

Carol Hicks-Lankton. Licenciada en Terapia conyugal y familiar, Carol ejerce su práctica privada en Pensacola, Florida. Reconocida internacionalmente por su papel en el desarrollo y expansión de la aplicación del enfoque ericksoniano a la terapia familiar y la hipnosis clínica, Carol es coautora de tres libros y autora de numerosos capítulos de otros libros. Imparte formación a profesionales de la salud mental de todo el mundo. Su más ferviente deseo es facilitar en el menor tiempo posible una transformación terapéutica que sea a la vez breve y profundamente sanadora.

Mark A. Hubble. Psicólogo y consultor en Estados Unidos, Mark se graduó en Psicología clínica a partir de una beca posdoctoral en la Menninger Clinic de Topeka, Kansas, y es miembro emérito de la junta editorial consultiva de *Journal of Systemic Therapies*. Fundador y antiguo director de la Brief Therapy Clinic de la University of Missouri-Kansas City, y antiguo miembro del personal académico del Dayton Institute for Family Therapy de Centerville, Ohio, es cofundador de The Institute for the Study of Therapeutic Change, formado por un grupo de expertos de Chicago. Ha prestado sus

servicios como editor colaborador en *The Family Therapy Networker* y ha publicado cuatro libros con Scott Miller y Barry Duncan. Es coautor de *Psychotherapy with Impossible Cases* y de *Escape from Babel*, y es coeditor de *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy* y de *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*.

Suzanne Iasenza. Profesora asociada de Counseling en el John Jay College-City University de Nueva York, Suzanne forma parte del profesorado del Institute for Contemporary Psychotherapy y del Institute for Human Identity. Lleva a cabo su práctica privada de la psicoterapia y la terapia sexual en la ciudad de Nueva York. Es coeditora (con Judith Glassgold) de *Lesbians and Psychoanalysis*, y de *Lesbians, Feminism and Psychoanalysis*, que se publicará próximamente, y ha publicado numerosos escritos y capítulos sobre sexualidad y orientación sexual en libros y revistas especializadas. Es también editora colaboradora en *In the Family*, una revista sobre relaciones lesbianas, gays y bisexuales.

Martha Laughlin. Profesora asociada y directora de formación en clínica en el programa de máster en Terapia familiar de la Valdosta State University. Interesada en la teoría de los sistemas batesoniana y en todo lo relacional, ha publicado artículos que tratan del enfoque relacional de la rabia y la creatividad. Martha se licenció en Terapia conyugal y familiar en Georgia, y es miembro y supervisora clínica de la AAMFT. Además de supervisar el trabajo clínico de los estudiantes, ejerce su práctica privada en Valdosta, Georgia.

Janie K. Long. Miembro y supervisora clínica de la AAMFT, se licenció en Terapia conyugal y familiar, y es directora del Center for LGBT Life en la Duke University de Durham, Carolina del Norte. Janie ha escrito numerosos artículos y capítulos de libros sobre las minorías sexuales y ha trabajado como educadora sexual durante 25 años. Actualmente lleva a cabo un trabajo de investigación sobre la aceptación e integración familiar de los jóvenes de minorías sexuales que dan a conocer su orientación sexual mientras aún viven en casa de sus padres.

Scott D. Miller. Es cofundador del Institute for the Study of Therapeutic Change, un grupo privado de profesionales clínicos e investigadores dedicados al estudio de «lo que funciona» en los tratamientos. Scott es autor de numerosos trabajos y de ocho libros, entre los que se encuentran *The Heart and Soul of Change* (con Mark A. Hubble y Barry Duncan) y, más recientemente, *Staying on Top and Keeping the Sand Out of Your Pants; A Surfer's Guide to the Good Life* (con Mark Hubble y Seth Houdeshell).

Thorana S. Nelson. Profesora de Terapia familiar en el departamento de Familia, Consumo y Desarrollo Humano, de la Utah State University, Thorana es autora de artículos sobre formación y supervisión en terapia familiar, y editora de diversos libros,

entre los que se hallan *101 Interventions in Family Therapy* (con Terry Trepper), *Tales from Family Therapy* (con Frank Thomas), *Education and Training in Solution-Focused Brief Therapy*, *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy* (con Frank Thomas) y *Solution-Focused Brief Practice with Long Term Clients in Mental Health Services* (con Joel Simon). Ella y su marido, Víctor, viven en Mendon, Utah.

Bill O'Hanlon. Es autor y coautor de 27 libros, entre los cuales se encuentran los más recientes *Pathways to Spirituality*, *Change 101: A Practical Guide to Creating Change*, y *Thriving Through Crisis* (ganador del Books for a Better Life Award). Ha publicado 54 artículos y capítulos de libros, y sus obras se han traducido a 15 idiomas. Terapeuta, profesional, licenciado de la salud mental, y terapeuta licenciado en Terapia conyugal y familiar, Bill es miembro clínico de la AAMFT y miembro también de la American Psychotherapy Association, de la que forma parte además de la junta. Ha aparecido en *Oprah* (en relación con su libro *Do One Thing Different*), *The Today Show*, y otros programas de televisión y de radio. Desde 1977, ha dado más de 1.500 conferencias en todo el mundo. Vive en Santa Fe, Nuevo México.

William Rambo. Expatriado de Texas, vive actualmente en Florida. Se formó inicialmente en terapia familiar en el Galveston Family Institute, con Harry Goolishian y Harlene Anderson, a comienzos de la década de 1980. Es el fundador y el director clínico del Fifth Street Counseling Center en Plantation, Florida, donde ha venido trabajando principalmente con delincuentes adultos hombres durante los últimos 16 años. Es miembro clínico de la Association for the Treatment of Sexual Abusers y también miembro y supervisor clínico de la AAMFT.

Wendel A. Ray. Licenciado en Terapia conyugal y familiar, trabajador social clínico y asesor profesional, Wendel es investigador Senior y antiguo director del Mental Research Institute (MRI) en Palo Alto, California. Fundador y primer director del D. D. Jackson Archive, es profesor de Terapia conyugal y familiar en la University of Louisiana, en Monroe. Imparte formación en Estados Unidos y en todo el mundo en terapia breve y sistémica, y en teoría interaccional/de la comunicación. Wendel es autor y editor de numerosas publicaciones, y entre las más recientes se hallan *Selected Papers of the MRI Brief Therapy Center* (con Richard Fisch), *Insight May Cause Blindness & Other Essays of Paul Watzlawick* (con Giorgio Nardone), *Don D. Jackson: Selected Essays at the Dawn of an Era*, y *Propagations* (con John Weakland).

Ursula Pietsch Saqui. Graduada en el programa MFT de la Purdue University, Ursula es actualmente profesora visitante de psicología en la Purdue University Calumet, de Hammond, Indiana. Sus intereses clínicos y de investigación incluyen los abusos, la regulación del afecto, el apego, las parejas, y la formación y supervisión en MFT.

Andy Solovey. Trabajador social y director clínico del Scioto Paint Valley Mental Health Center, de Chillicothe, Ohio, donde funciona un programa de formación en terapia breve desde 1985. Especialista en terapia de pareja, Andy también desarrolla su práctica privada en Solutions Counseling, en Dublín, Ohio. Ha sido miembro académico del Dayton Institute for Family Therapy, es coautor de *Changing the rules* y ha publicado diversos artículos sobre terapia breve en revistas especializadas. Imparte formación en Ohio y en Estados Unidos. Su libro más reciente (con Scott Fraser) es *Second Order Change in Psychotherapy*.

Tracy Todd. Presidenta del Brief Therapy Institute of Denver, Inc. La han entrevistado para periódicos y revistas como *Usa Today*, *Wall Street Journal*, *Glamour Magazine*, *Parenting* y *Psychotherapy Finances*. Ha recibido muchos premios, entre ellos el Outstanding Practice Award, el Innovation Award y el Best Practice Award. Tracy imparte seminarios en Estados Unidos sobre construcción de la práctica centrada en el cliente y normas para las buenas prácticas. Se doctoró en Terapia conyugal y familiar en la Iowa State University y tiene un máster en Estudios sobre la familia por la Texas Tech University. Es terapeuta conyugal y familiar, y miembro clínico de la AAMFT.

Kate Warner. Profesora asociada de Terapia conyugal y familiar, y directora del programa de MFT en la Valdosta State University, de Georgia. Lleva a cabo trabajos de investigación y publica escritos sobre protección de la familia, resistencia, violencia, justicia juvenil, terapia con personas sin techo y abusos sexuales. Es terapeuta conyugal y familiar en Georgia, y miembro y supervisora clínica de la AAMFT.

PREFACIO

Cuando hace casi 20 años empezamos a impartir cursos de posgrado sobre sexualidad humana y terapia sexual, nos inspiramos en la forma respetuosa, inteligente, apasionada y divertida que tenía Gary Sanders de abordar los problemas sexuales con los clientes. Por aquel entonces (y quizá no hayan cambiado tanto las cosas) parecía que nadie en nuestro campo hablaba de sexo. Gary fue pionero en la exploración de nuevos territorios y ofreció nuevas y singulares interpretaciones, expresadas en un tono lúdico y liberador, y fundamentadas en la evidencia aportada por el trabajo clínico que llevaba a cabo.

Presentamos a los estudiantes los primeros escritos de Gary sobre sexualidad humana (Sanders, 1990) y los relacionados con la aplicación de la cibernética a los dilemas sexuales de los clientes que hicieron él y Karl Tomm (Sanders y Tomm, 1989), con el objetivo de ofrecerles una nueva forma de apreciar y comprender el sexo y la terapia sexual. Estos escritos nos ayudaron a alentar a los estudiantes a aplicar las capacidades que estaban desarrollando en terapia familiar, breve y sistémica, a su trabajo con parejas que se enfrentaban a problemas sexuales. Con nuestro curso y el resto de conocimientos que ya habían adquirido, estaban capacitados para abordar estos casos sin una titulación específica como «terapeuta sexual».

Decidimos crear este manual en parte a causa de la naturaleza solitaria de la voz de Gary. Año tras año, nos esforzábamos por encontrar lecturas para los estudiantes que no les hicieran acabar en medio de un enfoque de la terapia sexual medicalizado y basado en la patología. Cuando obtuvimos estas valiosas lecturas, decidimos después buscar terapeutas que, como Gary, estuvieran dispuestos a escribir acerca de sus refrescantes ideas. Nos encantó descubrir que, tal como imaginábamos, los terapeutas creativos *¡ya estaban* abordando sistémicamente los problemas sexuales de los clientes! Como pronto descubrirá usted, el trabajo que estos terapeutas llevan a cabo es breve, centrado en los puntos fuertes de los clientes, y a menudo tiene un tono lúdico y humorístico —lo que refleja los valores que tan bien encarnaba Gary.

Cuando le contamos nuestros planes para editar *Manual de terapia breve sexual*, Gary ya estaba recibiendo tratamiento para el cáncer, y declinó amablemente nuestra oferta para colaborar con un capítulo. Y, aunque sus palabras estén ausentes en este libro, su espíritu está presente de principio a fin. El eco de su apreciación del contexto, su concepto de las relaciones «mutualistas», su capacidad para respetar profundamente a sus clientes, su generosa invitación a comprender y valorar las relaciones gays y lesbianas,

y su imparable sentido del humor resuenan a lo largo de estas páginas, y al leerlo podrá disfrutar de un relato de su trabajo clínico en el capítulo de Rob Doan sobre terapia narrativa.

Dedicamos este libro a la memoria de Gary, y le damos efusivamente las gracias por compartir sus dones con nosotros.

Bibliografía

Sanders, G., *Issues of sexuality: A guide to clinical therapeutics*, manuscrito sin publicar, Alberta, University of Calgary, 1990.

Sanders, G. y K. Tomm, «A cybernetic-systemic approach to problems in sexual functioning», en D. Kantor y B. Okun (comps.), *Intimate environments*, Nueva York, Guilford, 1989, págs. 346-380.

AGRADECIMIENTOS

Debido a lo que hemos tardado en completar este libro, en los últimos tiempos bromeábamos con nuestros colaboradores acerca de si deberíamos cambiarle el título por *Manual de terapia tardona sexual*. Todos ellos han demostrado generosidad y paciencia, y les estamos agradecidos por iluminarnos con las innovaciones incorporadas en su terapia breve de clientes con dificultades sexuales.

A Deborah Malmud se le iluminaron los ojos cuando le hablamos por primera vez de la idea (¡y del título!) de este manual, y con su sentido del humor y su buen criterio editorial nos ayudó a darle su forma y orientación inicial. Más recientemente, el aliento y la guía de Michael McGandy han sido de incalculable valor para completarlo. Casey Ruble aportó respuestas muy elaboradas y llevó a cabo una meticulosa corrección del texto. El excelente trabajo de Kristen Holt-Browning posibilitó que viese la luz la edición revisada.

Los clientes y los estudiantes nos proporcionaron la inspiración necesaria para concebir y desarrollar el manuscrito. Sin sus preguntas y sus historias, no habríamos podido embarcarnos en este viaje.

De todos los amigos y familiares que nos dieron su apoyo con entusiasmo (¡y a los que apreciamos enormemente!), tenemos que nombrar a Erik Bieck, que accedió animoso (en un montón de ocasiones) a entrevistas privadas en Starbucks (que realizó Shelley, por supuesto) en torno a su enfoque personal del sexo. Gracias de todas formas Erik, y gracias a todos los demás por vuestros chistes picantes, vuestras sugerentes propuestas y vuestra voluntaria ayuda como expertos.

Nuestros queridos hijos, Eric y Jenna, nos contaron anoche lo emocionados que estaban por lo que hemos hecho. Nosotros también lo estamos. Gracias, chicos, por haber estado con nosotros.

INTRODUCCIÓN

Esperamos que el título de este libro estimule su sentido del humor y su imaginación terapéutica. Cuando se ha leído mucho sobre terapia sexual o se ha escuchado a tantas parejas que se debaten con cuestiones que tienen que ver con el sexo, es fácil formarse una impresión de los problemas sexuales como un asunto tremendamente serio que requiere, como mínimo, bata blanca, actitud severa, mucho conocimiento de métodos conductuales y rigor psicoanalítico. Nosotros y nuestros colaboradores pensamos que ni usted ni sus clientes necesitan dejar el sentido del humor fuera de la consulta para poder abordar cuestiones sexuales. En realidad, para darle la vuelta a una situación tan grave como para amenazar una relación es justamente el humor lo que más ayuda.

Con este título queremos también subrayar nuestro convencimiento de que la mejor terapia es a menudo (aunque no siempre) la más breve. Nosotros les damos a nuestros clientes la tranquilidad de que les haremos saber lo más pronto posible, y cuando sea adecuado, que ya no es necesario *prolongar* la «ayuda profesional». En absoluto pretendemos abandonarlos antes de que hayan experimentado un cambio significativo en relación con su demanda, pero tampoco queremos eternizar nuestro papel en su vida sexual. (Como excepción a este planteamiento, William Rambo expone en el capítulo 13 excelentes argumentos contextuales para llevar a cabo un protocolo de tratamiento prolongado, en casos de abusadores sexuales convictos.) Todos nosotros nos esforzamos por trabajar con eficiencia, eficacia y respeto.

Aunque tenemos una visión común de estos y otros puntos, también presentamos a lo largo de los diversos capítulos de este libro un refrescante conjunto de distintas prácticas y estrategias para tratar los problemas sexuales. Si lo que a usted le interesa son ideas para abordar una dificultad específica (en este caso el sumario le puede ser útil para localizar los temas) o lo que busca es conocer las posibilidades que sugieren determinados autores, aquí encontrará un compendio creativo de enfoques breves, centrados en el cliente, para trabajar con casos de dificultades sexuales. Fundamentado en las diferentes teorías (tanto sobre la sexualidad como sistémicas), pero orientado a la práctica, cada capítulo incluye la exposición de casos clínicos en los que se presentan formas innovadoras de ayudar a los clientes a resolver sus preocupaciones relativas al sexo, de forma que su sexualidad pueda ser un motivo de alegría y no de temor.

A lo largo de 35 años de experiencia combinada como terapeutas sistémicos y como formadores, a menudo nos hemos encontrado con estudiantes y colegas que asumían como necesario (o como preferible) derivar a otro profesional de la clínica aquellos clientes que referían dificultades sexuales durante el transcurso de la terapia.

Consideramos que esta decisión es desafortunada, porque el encuadre sistémico ofrece una base generativa única para favorecer cambios sexuales positivos en los clientes. Además, el entrenamiento de muchos profesionales de las terapias breves ha ido en la línea de no considerar nunca como una cuestión clínica un tema que no haya expuesto el propio cliente; por desgracia, seguir esta pauta puede causar la impresión de que no queremos abordar cuestiones íntimas. En realidad, debido a que el sexo es tanto una expresión física como emocional, es posible que nos sintamos incómodos al entrar en el dormitorio de nuestros clientes. Después de todo, «no los conocemos tanto». Un estudiante planteó recientemente: «¿Qué se supone que debo hacer yo?». Pues, simplemente preguntar a los clientes: «¿Cómo va su vida sexual?». Y comentó: «¡Eso no puedo hacerlo!». El enorme potencial del sexo para reforzar la intimidad y generar pasión lo convierte en un recurso formidable.

A partir de la década de 1960 han ido apareciendo diferentes enfoques de terapia sexual, desde las orientaciones conductuales (Wolpe, 1966), cognitivo-conductuales (Ellis, 1966), quasi-conductuales (Masters y Johnson, 1966) y multimodales (Lazarus, 1988) a las psicodinámicas (Kaplan, 1979), bowenianas (Schnarch, 1991), de relaciones objetales (Scharff, 1982), hipnóticas (Araoz, 1982), farmacológicas (Kaplan, 1987) y sistémicas (LoPiccolo, 1989; Sanders y Tomm, 1989). Sin embargo, antes de la publicación de *Manual de terapia breve sexual*, entre los autores que trabajaban con terapias breves en la línea de influencia ericksoniana* (véanse por ejemplo los enfoques del Mental Research Institute [MRI; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974], los estratégicos [Haley, 1976] o los centrados en la solución [De Shazer, 1988]), eran pocos los que habían abordado específicamente el tratamiento de las dificultades sexuales (véanse Erickson, 1991a, 1991b; Haley, 1986; Hudson y O'Hanlon, 1991). Es posible que esta ausencia de una contribución claramente definida a la terapia sexual haya tenido que ver con que, en la terapia breve, se ha asumido que un enfoque interactivo se puede aplicar a cualquier problema.

Por ello, no nos sorprendió que al contactar inicialmente con nuestros colaboradores —todos ellos profesionales que abren nuevos caminos en el ámbito de la terapia breve— y pedirles que escribieran sobre aquella parte de su trabajo sistémico relacionada con problemas sexuales de los clientes, muchos de ellos nos respondieran: «Pero yo no soy terapeuta sexual». ¡Justamente! ¡Eso era lo que estábamos buscando! Las habilidades y la agudeza clínica de los especialistas en terapia breve son únicas y ofrecen posibilidades liberadoras, sin la etiqueta de patología, a los clientes que están pasando por dificultades sexuales. Los autores incluidos en este volumen tienen una forma personal y claramente contextual de entender los problemas sexuales, que les permite valorar y aprovechar la realidad y los recursos de cada cliente.

Lo que no ofrece este libro es un refundido de diagnósticos sexuales e intervenciones terapéuticas estándares. Ya existe un gran número de volúmenes convencionales que se ocupan de ello desde una perspectiva tradicional y que, a nuestro

entender, tienden a encasillar los problemas como patologías. Este libro, por el contrario, trata de libertad y de creatividad —tanto la de usted como la sus clientes—. Coincidimos con la afirmación de Leonore Tiefer: «La recomendación de ignorar el DSM** siempre es un acierto» (1966, pág. 54). Los autores de este libro compartimos la pasión por sacar a la luz las capacidades y la sabiduría de los clientes. Y esto nos sitúa muy lejos de emitir diagnósticos categóricos y muy cerca de entablar conversaciones creativas que permitan una nueva comprensión de los deseos y los comportamientos de los clientes.

Bill O’Hanlon, con su inimitable estilo, nos invita a entrar en la tierra de las posibilidades; desafía los supuestos clínicos convencionales y aporta directrices claras para desarrollar una labor integradora y de colaboración. Con todo, también nos sugiere que, si adoptamos sus supuestos, seamos flexibles y estemos dispuestos a abandonarlos en cualquier momento si no parecen adecuados para el cliente.

Suzanne Iasenza integra los conceptos clínicos de las tradiciones ericksoniana y narrativa, y los incorpora en un marco multicontextual para trabajar respetuosamente con parejas lesbianas. Nos hace más conscientes de las actitudes heterosexistas y heteronormativas que inundan nuestra cultura, y nos enseña a utilizar y desplegar la historia de la sexualidad para trazar las influencias sociopolíticas en la vida de las personas. Ilustra después técnicas de potenciación para clientes que han sufrido situaciones de marginación y estigmatización, y nos muestra cómo descubrir y sacar provecho de su talento y de sus competencias.

Inspirándose en el trabajo de Prochaska, DiClemente y sus colegas, Scott Miller, Karen Donahey y Mark Hubble, señalan que las personas no solo experimentan diferentes niveles de excitación cuando mantienen relaciones sexuales, sino que también difieren en su grado de disposición al cambio terapéutico. Aquello que los terapeutas a menudo toman como «resistencia» es, en realidad, un desencuentro entre las sugerencias terapéuticas y el estadio de preparación para el cambio en que se encuentran los clientes. Scott, Karen y Mark nos ayudan a comprender que un buen terapeuta es como un buen amante, se centra más en la relación que en el uso de técnicas concretas.

A partir de su experiencia en la exploración del universo privado de las personas por medio de la hipnosis ericksoniana, Carol Hicks-Lankton va sacando a la luz, con decisión, pero también con tacto, las potencialidades de sus clientes. Con sensibilidad y persuasión logra alcanzar las áreas más vulnerables de la vida de las personas que atiende, y es allí donde se revelan las interrelaciones que permitirán a sus clientes explorar y vivir sus relaciones con mayor plenitud.

El provocativo capítulo de Tracy Todd cuestiona gran parte de lo que en la actualidad se considera convencionalmente sabiduría sexual, y nos hace más conscientes de los mitos culturales que los clientes llevan consigo a la consulta, especialmente cuando han sido diagnosticados como adictos al sexo. Tracy responde con respeto, pero también con humor, a los dilemas que plantean los clientes, y nos invita a tomar parte en su refrescante reflexión.

En el capítulo de Thorana Nelson se nos ofrece un calidoscopio de ideas sobre terapia familiar, surgidas de la cálida y comprometida relación que ella mantiene con sus clientes. No sabemos de nadie que se mueva de una forma tan fluida y tan definida como ella entre los distintos enfoques terapéuticos, y que mientras atiende la ansiedad de sus clientes, sea a la vez capaz de buscar soluciones y de supervisar fronteras e historias saturadas de problemas.

Con su estilo relajado y su suave acento tejano, Monte Bobele es un terapeuta paciente que no se apresura. Pero su mente va mucho más rápida que su discurso. Aplicando la cibernética de segundo orden a los supuestos teóricos que sustentan las prácticas del MRI, Monte nos muestra que podemos hacer progresos rápidos y significativos si respetamos la singularidad de los dilemas sexuales de cada cliente, de su comprensión de las cosas y de sus relaciones.

En el capítulo escrito por nosotros, los editores, explicamos e ilustramos cómo ayudar a los clientes a relacionarse de una forma diferente con aquello que les preocupa, sea lo que sea. A medida que encuentran la manera de conectar con sus problemas sexuales y dejan de esforzarse por controlarlos o erradicarlos, descubren nuevas posibilidades de intimidad y placer, y es entonces cuando el problema puede desplazarse del centro a la periferia de su experiencia vital.

Rob Doan cuestiona seriamente la adecuación del modelo médico como compañero de cama de la terapia sexual, y expone argumentos convincentes a favor de que un enfoque ecléctico de la terapia narrativa puede ser una elección mucho más acertada. Propone adoptar una visión que objective los *problemas* y no las *personas*, y desarrollar un trabajo *codo con codo* con el cliente, en lugar de hacerlo desde una posición de *superioridad*. De esta forma, se genera confianza en el transcurso de las conversaciones terapéuticas, y se puede ayudar al cliente a definir y reivindicar el estilo sexual que más le guste.

Janie Long y Ursula Pietsch Saqui llevan a cabo su trabajo con parejas gays y lesbianas en el marco del construccionismo social, y proporcionan recomendaciones contextuales específicas para entender y tratar a parejas del mismo sexo. Nos recuerdan también la limitada naturaleza de la formación disponible para trabajar con estas parejas y aportan una información muy necesaria para sensibilizarnos ante circunstancias especiales de los clientes.

Scott Fraser y Andy Solovey consideran las terapias del MRI y las centradas en la solución variaciones de una misma orientación terapéutica basada en el proceso, y las integran en su enfoque «catalítico» de la terapia breve. Demuestran que estos conceptos y técnicas se pueden extrapolar a las terapias sexuales, que consideran han sido criticadas por carecer de una teoría global. Scott y Andy se centran en introducir cambios en las interacciones sexuales problemáticas o en integrarlas como una excepción, y encuentran así formas de apoyar y potenciar la propia interpretación de los clientes y su forma de actuar.

En la primera edición de este libro, Wendel Ray y Barbara Anger-Díaz completaron nuestra revisión de los modelos de terapia breve llevándonos de vuelta al principio — destacaron y explicaron el trabajo clínico de John Weakland, uno de los genuinos creadores de la terapia breve—. Incluyeron el estudio completo de un caso: las conversaciones de Weakland con un hombre gay seriamente deprimido, para ilustrar los principios y las técnicas que conformaban su método terapéutico. En esta edición las conversaciones no se acaban aquí, y se incluyen dos nuevos capítulos, ambos muy innovadores y cada uno de ellos un fascinante complemento del otro.

En el primer nuevo capítulo, William Rambo describe la labor terapéutica que ha venido realizando a lo largo de dos décadas con abusadores sexuales convictos derivados a terapia por mandato judicial. Aunque estos clientes permanecen en los grupos de tratamiento durante una media de cinco años, Bill continúa considerándose un profesional de la «terapia breve», que se identifica plenamente con las ideas batesonianas, y con los supuestos teóricos y las técnicas del MRI. Su enfoque, que tiene muy en cuenta el contexto, es profundamente respetuoso y esquiva un «fácil juicio condenatorio». De esta forma, le da la vuelta a los modelos de tratamiento tradicionales y nos insta a reconsiderar el cómodo hábito de pensamiento que marca una separación entre «nosotros» y «ellos».

Martha Laughlin y Kate Warner comparten muchos de los valores y supuestos terapéuticos de Bill, pero los aplican al otro lado de la ecuación de los abusos sexuales: trabajan con las víctimas en lugar de con los agresores. Orientan relacionamente toda su labor (y su forma de describirla) de manera meticulosa y creativa. Martha y Kate asocian a la meta del tratamiento de los abusos sexuales el concepto de «recomponer las relaciones», como opuesto al habitual de «recordar los traumas».

Martha y Kate señalan que en Estados Unidos «el tratamiento de los agresores sexuales y el de las víctimas casi siempre se lleva a cabo separadamente». Esta realidad subraya la importancia de crear un diálogo que sirva de puente entre los dos escenarios terapéuticos. Nos satisface tomar parte en el inicio de este intercambio con la inclusión en la edición actualizada de este volumen de los dos capítulos dedicados al tema.

Esperamos que la riqueza en sabiduría clínica que atesora el conjunto de los trabajos que presentan los autores reunidos en *Manual de terapia breve sexual* le aportará nuevas energías para llevar a cabo su labor profesional y también renovará su visión acerca de las dificultades sexuales de sus clientes. En este sentido, le presentamos un libro muy *esperanzador*. Somos optimistas y pensamos que a medida que usted desarrolle confianza y curiosidad acerca de la vida sexual de sus clientes, éstos saldrán ganando porque se ampliarán los horizontes de las posibilidades sexuales para ellos. Esperamos que cuando haya leído la última página de este libro habrá adquirido una mayor comprensión del cómo y el porqué de las dificultades sexuales de los clientes, y también renovadas habilidades e ideas específicas para abordar esos problemas, además de apreciar los beneficios que se derivan de explorar la sabiduría inherente a la elección

sexual de cada cliente. Anticipamos que su curiosidad y su interés se verán estimulados por las ideas que se ofrecen en cada uno de los capítulos, y también por la yuxtaposición *entre* ellos.

Bibliografía

- Araoz, D. L., *Hypnosis and sex therapy*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1982.
- De Shazer, S., *Clues: Investigating solutions in brief therapy*, Nueva York, Norton, 1988 (trad. cast.: *Claves de terapia familiar breve: una teoría de la solución*, Barcelona, Gedisa, 1992).
- Ellis, A., *Sex without guilt*, Nueva York, Lancer Books, 1966 (trad. cast.: *Sexo sin culpa en el siglo XXI*, Madrid, Los Libros del Comienzo, 2008).
- Erickson, M. H. (narrador), *Sex therapy: The female*, comp. de J. Haley y M. Richeport, grabación de audio, Nueva York, Norton, 1991a.
- , *Sex therapy: The male*, comp. de J. Haley y M. Richeport, grabación de audio, Nueva York, Norton, 1991b.
- Haley, J., *Problem-solving therapy*, Nueva York, Harper and Row, 1976 (trad. cast.: *Terapia para resolver problemas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1980).
- , *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M. D.*, Nueva York, Norton, 1986 (trad. cast.: *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*, Buenos Aires, Amorrortu, 1980).
- Hudson, P. O. y W. H. O'Hanlon, *Rewriting love stories*, Nueva York, Norton, 1991.
- Kaplan, H. S., *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1979 (trad. cast.: *Trastornos del deseo sexual*, Barcelona, Grijalbo, 1982).
- , *Sexual aversion, sexual phobias and panic disorder*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1987 (trad. cast.: *Disfunciones sexuales: diagnóstico y tratamiento de las aversiones, fobias y angustia sexual*, Barcelona, Grijalbo, 1985).
- Lazarus, A., «A multimodal perspective on problems of sexual desire», en S. R. Leiblum y R. C. Rosen (comps.), *Sexual desire disorders*, Nueva York, Guilford, 1988, págs. 145-167.
- LoPiccolo, J. (narrador), *The reunification of sexual and marital therapy*, Mineápolis, Minnesota, National Council on Family Relations, 1989, grabación de audio nº 89-108.
- Masters, W. H. y V. E. Johnson, *Human sexual response*, Boston, Little, Brown, 1966.
- Sanders, G. y K. Tomm, «A cybernetic-systemic approach to problems in sexual functioning», en D. Kantor y B. Okun (comps.), *Intimate environments*, Nueva York, Guilford Press, 1989, págs. 346-380.
- Scharff, D. E., *The sexual relationship: An object relations view of sex and the family*, Boston, Routledge and Kegan Paul, 1982.
- Schnarch, D. M., *Constructing the sexual crucible*, Nueva York, Norton, 1991.
- Tiefer, L., «Towards a feminist sex therapy», en M. Hall (comp.), *Sexualities*, Binghamton, Nueva York, Haworth Press, 1996, págs. 53-64.
- Watzlawick, P., J. H. Weakland y R. Fisch, *Change: Principles of problem formation and problem resolution*, Nueva York, Norton, 1974 (trad. cast.: *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*, Barcelona, Herder, 2007).
- Wolpe, J., *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, Stanford, California, Stanford University Press, 1966 (trad. cast.: *Psicoterapia por inhibición recíproca*, Bilbao, Desclee de Brouwer, 2009).

CAPÍTULO 1

¿UNA VEZ MÁS? DE LA TERAPIA DE POSIBILIDADES A LA TERAPIA SEXUAL

Bill O'Hanlon

Este capítulo se llama «¿Una vez más?» no solo para seguir con el juego de palabras del título general de esta compilación, sino también para destacar dos aspectos importantes de la terapia breve.

Primero, el título sugiere la naturaleza colaborativa del enfoque. Al igual que sucede con el sexo, la terapia funciona mejor cuando las personas que toman parte en ella hablan unas con otras acerca de sus preferencias y sus experiencias durante el encuentro. Siempre confirmo con mis clientes si he entendido correctamente lo que han dicho.

Segundo, a menudo únicamente llevo a cabo unas pocas sesiones con los clientes — incluso cuando tratamos cuestiones sexuales— y nunca asumo que necesiten volver (a menos que ellos lo pidan). Al final de cada sesión les pregunto: «¿Quieren venir una vez más o han obtenido lo que vinieron a buscar?». Como terapeuta breve, me considero un experto en ayudar a las personas a realizar cambios en su vida, pero no me considero como tal cuando se trata de lo que ellas eligen y prefieren. Los únicos expertos en su propia vida son ellos mismos.

Antes me refería a mi estilo particular de trabajar como «terapia orientada a la solución», pero ahora lo llamo «terapia de posibilidades», en gran parte para distinguirla de la «terapia centrada en la solución», con la que comparte algunos conceptos y métodos, pero no todos. Aunque en este capítulo aplico a la terapia sexual algunas de las premisas básicas de la terapia de posibilidades, en otros trabajos se expone más ampliamente este enfoque orientado a las «posibilidades» (O'Hanlon y Beadle, 1999; O'Hanlon y Bertolino, 1998; O'Hanlon y Bertolino, 1999).

Premisas de la terapia de posibilidades

El pasado influye en las personas, pero no las determina. La terapia de posibilidades desafía el supuesto comúnmente asumido de que el pasado es la causa del presente y del futuro, y sostiene que las personas pueden elegir, que su elección no está determinada. Es decir, la gente puede estar influenciada por sucesos del pasado, por la herencia genética o por la bioquímica de su organismo, pero también dispone de cierto grado de libertad para elegir a pesar de sus influencias y sus limitaciones.*

La sensación que tienen de sus posibilidades en el futuro influye en las personas. Algunos enfoques, como por ejemplo la terapia cognitiva, empiezan por asumir que los pensamientos son la causa de los sentimientos. Otras orientaciones, como la terapia psicodinámica o la centrada en las emociones, mantienen la idea de que los sentimientos (conscientes o inconscientes) motivan o determinan la conducta. La terapia de posibilidades sostiene que las personas pueden estar muy influenciadas (aunque no determinadas) no únicamente por sus pensamientos y sentimientos en general, sino también, y de manera más específica, por su sensación de lo que el futuro (o futuros) les pueda deparar. Lo que creemos que es posible y lo que pensamos que es probable tiene en ambos casos un gran poder y está conectado a través de la experiencia con el futuro que podamos crear.

En todo momento, las personas eligen sus acciones, a menos que se lo impida físicamente alguien que ostenta un poder sobre ellas, o que lo obstaculice alguna discapacidad física. A veces aparecen espontáneamente sentimientos que no se pueden controlar, y a menudo surgen pensamientos y fantasías de manera automática. Sin embargo, en las acciones, como reconocieron los existencialistas, siempre hay un componente de elección. La gente es libre de elegir lo que quiere hacer con su cuerpo.

Es más probable que las personas colaboren cuando se validan y respetan sus sentimientos y sus puntos de vista. Es crucial que nosotros, los terapeutas, validemos, respetemos y nos tomemos en serio los sentimientos, respuestas o puntos de vista «negativos» o de «resistencia» de nuestros clientes. Como las personas tienden a no cambiar cuando se las culpa o se las invalida, hay que dedicar el tiempo y el esfuerzo necesarios para asegurar que los clientes se sientan escuchados, aceptados y comprendidos.

Los terapeutas no podemos conocer la verdad acerca de las personas, porque siempre influimos en qué aspectos de esa verdad se dicen o se escuchan. No podemos ser completamente «neutrales» ni podemos determinar con exactitud lo que realmente les sucede a nuestros clientes, porque nuestra percepción y valoración es sesgada y la incorporamos al proceso terapéutico. Nuestra presencia y nuestra influencia siempre tienen un papel en sacar a la luz una particular «verdad» o imagen del problema que haya podido surgir durante las conversaciones terapéuticas.

Esto son malas noticias y también buenas noticias. Las malas son que planteamos problemas a nuestros clientes. Lo que ellos dicen y lo que nosotros evaluamos se encuentra muy influenciado por nuestras preguntas, por lo que esperamos, por lo que se nos pasa por alto o no respondemos y por nuestro sesgo teórico. Las buenas son que en el proceso de plantear problemas a nuestros clientes, tenemos la oportunidad de codefinirlos con ellos de una forma que los convierte en esencialmente resolubles.

Nadie sabe de cierto qué causa los problemas comportamentales, psicológicos, emocionales o relacionales, aunque no pocos afirman saberlo. Mientras que casi todos los modelos psicológicos o psicoterapéuticos pretenden estar en posesión de la verdad

acerca del origen de los problemas, la terapia de posibilidades permanece causalmente agnóstica. Es decir, no propone una gran teoría acerca de las causas o las fuerzas que motivan los problemas y, por tanto, tampoco propone una gran teoría sobre cómo resolverlos.

Ver que nadie sabe realmente qué causa o motiva la conducta humana me resulta reconfortante. Pero, a pesar de que el debate sigue abierto, es sorprendente cuántos individuos sufren de lo que podríamos llamar «certeza ilusoria»; están convencidos y quieren convencer a los demás de que han hallado, realmente, las respuestas y la verdad.

En este capítulo presento algunas ideas que funcionan para la intervención terapéutica, pero considero que ninguna de ellas es una verdad o aplicación universal, y no me cuesta abandonarlas si no dan resultado, o si otros métodos o ideas funcionan mejor en una situación determinada.

La intervención terapéutica puede funcionar o puede no funcionar. Si no funciona, lo mejor es intentar algo diferente, en lugar de decidir que la persona, pareja o familia no está motivada o es incapaz de cambiar. Si un individuo, una pareja o una familia no cambia, yo lo atribuyo inicialmente a limitaciones de mi enfoque o de mi flexibilidad para abordar la situación. Obviamente, si aplicando otros métodos o enfoques obtengo siempre la misma falta de resultados, entonces empiezo a considerar la hipótesis de que existe «resistencia», falta de motivación o «beneficios secundarios». Pero hago esto únicamente con la intención de ayudar a la gente a hacer aquellos cambios que ellos desean hacer, no intento culparlos a ellos ni autojustificarme por la falta de resultados.

Hay muchos caminos que llevan al cambio. Ninguna técnica, método o filosofía funciona para todo el mundo, a pesar de que muchos afirmen lo contrario. Si no existe una verdad o método universal, entonces lo mejor es que los terapeutas seamos flexibles. Admito que los clientes son casi siempre más complejos y variables que cualquier teoría psicológica o método terapéutico, y por eso intento no estar demasiado apegado a una idea o forma específica de trabajar con ellos.

Lo que favorece el cambio no son necesariamente los indicios de lo que causó el problema. A veces mis clientes y yo encontramos y ponemos en marcha una solución, sin que ni siquiera hayamos determinado la causa original del problema. Otras veces coincidimos en el probable origen de éste, pero la solución tiene poco o nada que ver con él. Y en ocasiones, descubrimos una solución que está claramente relacionada con el problema.

Toda experiencia mental o emocional es válida, pero las acciones pueden ser válidas (éticas, seguras y aceptables) o no. Yo distingo entre lo que las personas hacen —que puede ser acertado o equivocado, útil o inútil, bueno o malo— y lo que piensan, sienten o fantasean. Considero que toda experiencia interna y automática (sentimientos, pensamientos, fantasías, sensaciones e imaginaciones) es aceptable y válida, y por ello no dedico esfuerzo alguno a eliminarla o «arreglarla». Centro el tratamiento en aquellas acciones, puntos de vista y contextos que obstaculizan el proceso de cambio.

Métodos de terapia sexual de posibilidades informadas

Por favor, tenga presente que los supuestos anteriores son únicamente eso: supuestos, no verdades. Yo no sostengo mis premisas a toda costa; estoy dispuesto a abandonarlas si la evidencia demuestra que no funcionan, invalidan a las personas o bloquean el proceso de cambio. Estoy permanentemente en guardia para evitar que en lugar de sostenerlos yo, los supuestos y las hipótesis me sostengan a mí.

Para tratar las dificultades sexuales de las personas, llevo mis supuestos a la práctica en cinco pasos básicos:

- Normalizar.
- Validar y autorizar.
- Cambiar las acciones.
- Cambiar las pautas (en la perspectiva, las acciones o los contextos).
- Incluir y permitir.

NORMALIZAR

Un hombre al que le habían diagnosticado hipertensión acudió a mi consulta para que le hipnotizase. Había empezado a hacer ejercicio durante la hora de la comida y a llevar una dieta alimenticia más saludable, y su médico le había recomendado que además buscara alguna forma de reducir el estrés, como por ejemplo la hipnosis. Durante la primera sesión mencionó de paso que el año anterior había sufrido algún episodio de impotencia, probablemente debido a su problema de hipertensión.

Trabajamos durante varias sesiones, espaciadas a lo largo de tres meses, y en ese punto me informó de que su presión arterial volvía a ser «normal» desde hacía más o menos un mes y que el médico consideraba que todo iba bien. Atribuyó una parte de sus progresos a la hipnosis que habíamos llevado a cabo durante las sesiones, así que le di las gracias y le pregunté si habíamos alcanzado sus objetivos. Dijo que sí.

«¿Puedo ayudarle en algo más?»

«Bueno, en realidad sí. Recordará que le mencioné que en ocasiones he sufrido de impotencia. Pues, aunque la presión arterial ha mejorado, en ese otro aspecto no ha habido cambios.»

«Ah», dije yo. «Entonces hay algo que usted quiere que trabajemos aquí?».

«Sí», respondió.

Le pregunté si alguna vez había hablado con su esposa del tema y dijo que lo había hecho. Ella le había asegurado que no pasaba nada por los episodios de impotencia y que no le molestaba ni se lo tomaba personalmente. Le gustaba el sexo, pero no estaba

desesperada por practicarlo y le dejaba a él mucho margen. A veces, cuando él no podía conseguir o mantener una erección, recurrían al sexo oral o la masturbación, y en ocasiones simplemente paraban y lo dejaban para otro momento.

«¿Cree que ella estaría dispuesta a venir aquí y ayudarnos con este problema?»

«Sí, creo que vendría.»

Le dije que pensaba que eso sería lo mejor, porque ella podría aportar más información y quizá tomar parte en el plan de trabajo para abordar la situación. Estuvo de acuerdo en comentarlo con ella y venir a la siguiente sesión juntos.

«Mientras tanto», dije yo, «como me ha parecido que le daba un poco de vergüenza sacar el tema, quiero que sepa que muchos hombres sufren episodios ocasionales de impotencia. De hecho, a mí también me ha ocurrido. Estando con mi pareja perdí la erección, y cuanto más me esforzaba por recuperarla solo empeoraba las cosas. Seguía intentándolo, pero no lo conseguía. Hablamos del tema y le comenté que yo mismo me estaba presionando mucho. Ambos estuvimos de acuerdo en que con el fin de reducir la presión no esperaríamos que hubiese penetración o erección en cada relación sexual. Tiempo después, empecé a tener erecciones de nuevo, pero a menudo me sentía inseguro y me preguntaba si iba a ser capaz de mantenerlas. Gradualmente, a lo largo de más o menos el siguiente año, esa inseguridad fue disminuyendo y finalmente desapareció. Así que una de las cosas sobre las que quiero hablar con usted y su esposa en la siguiente sesión es cómo experimentan las presiones internas o externas. Trataremos de encontrar formas de liberar presión que les ayuden a los dos».

A la siguiente sesión, él vino a mi consulta solo. Me quedé sorprendido y le pregunté por qué no había venido también su esposa, tal como acordamos. Y me respondió: «Porque el problema ha desaparecido».

«¿Desaparecido?»

«Sí, cuando usted me dijo que había tenido la misma dificultad me di cuenta de que no había para tanto y dejé de preocuparme. A partir de entonces, he tenido erecciones sin problema.»

Esta historia es un buen ejemplo de lo útil que puede ser normalizar y autorizar el deseo sexual, los sentimientos y las fantasías (o su ausencia) de las personas; dicho en pocas palabras, cualquier cosa que una persona experimente. Sin embargo, como ya he mencionado anteriormente e ilustraré después, no siempre normalizo o autorizo los *comportamientos*.

VALIDAR Y AUTORIZAR

Quiero exponer ahora dos casos para ilustrar la importancia de validar y autorizar las experiencias. A primera vista pueden parecer opuestos, porque los resultados son muy diferentes, pero ambos son un ejemplo del principio de cambio mediante la validación y

aceptación de los sentimientos, las fantasías, los pensamientos y cualquier experiencia interna de la sexualidad.

Un hombre pidió una cita de emergencia conmigo, y cuando llegó explicó con voz que denotaba urgencia que necesitaba ayuda porque era un homosexual en potencia. Le pregunté qué le había llevado a pensar eso. Avergonzado, explicó que durante la relación sexual con su esposa a lo largo de los últimos meses había empezado a imaginar hombres desnudos. Le dije que no estaba tan claro que eso significara una homosexualidad latente. Expliqué que durante la terapia había tenido acceso al mundo interior de muchas personas y había aprendido que los seres humanos tienen un montón de cosas raras dándoles vueltas en la cabeza, pero que no todas son significativas. Le pregunté qué pensaría si, mientras mantenía relaciones con su esposa, le vinieran a la mente imágenes de camiones en llamas. ¿Le convertiría eso en un bombero? Se rió y dijo que probablemente no.

Utilizo mucho el humor durante la terapia porque, al igual que muchos terapeutas breves, considero que las personas tienen fuerza, que no son tan frágiles. El humor permite transmitirles esta visión de manera indirecta, y ayuda a tranquilizar a los clientes en el sentido de que no están locos o enfermos, y que el problema no es tan abrumador como ellos temían.

«Déjeme adivinar», aventuré. «Cuando esas imágenes aparecieron por primera vez, ¿intentó librarse de ellas enseguida?»

«Sí, respondió él.»

«Y cuanto más se esforzaba en evitarlas, con mayor frecuencia e intensidad aparecían, ¿no?»

«Bueno», dijo, «no le he contado que en realidad esas imágenes empezaron a aparecer en cualquier momento a lo largo del día, no únicamente cuando tenía relaciones sexuales con mi esposa».

«Quizás es cierto que usted es homosexual y no lo acepta», concedí. «Pero no creo que podamos saberlo de cierto sin primero llevar cabo un experimento. Sugiero que a partir de ahora fantasee deliberadamente con imágenes de hombres desnudos tan a menudo como le sea posible. A veces, cuanto más nos esforzamos por alejar un sentimiento, pensamiento o fantasía, más intenso se vuelve. Veamos qué pasa cuando deje de intentar librarse de esas imágenes.»

Al decir: «Quizás es cierto que usted es homosexual» no pretendía realizar una intervención paradójica, ni al pedirle que fantaseara deliberadamente con hombres desnudos quería «prescribir el síntoma». Ciertamente, consideré la posibilidad de que él descubriese que era gay, y entonces tendría que encontrar la manera de aceptarlo. Pero también pensé que sus intentos de solucionar las dificultades podían ser la causa de la aparición de esos pensamientos intrusivos, y en tal caso el experimento podía funcionar.

Como terapeuta breve, estoy más interesado en cambiar las cosas que en dedicar meses a analizar la experiencia interna de los clientes. A menudo, los resultados de un experimento pueden clarificar en qué es necesario centrar la intervención.

A la vista del resultado, en este caso el experimento tuvo sentido, y el cliente descubrió que las imágenes fueron desapareciendo gradualmente y también se esfumaron sus temores acerca de su orientación sexual.

A John, otro cliente, le trajo a la consulta su familia después de que él amenazara con suicidarse. Aunque era discapacitado, llevaba una vida independiente en un apartamento subvencionado y gestionaba él mismo sus ingresos y su presupuesto. En una ocasión gastó demasiado, le entró pánico y pidió ayuda a sus padres. Éstos le dieron algo de dinero para ir tirando hasta su próxima paga, pero le sermonearon diciéndole que debía ser más responsable. Entonces él empezó a quejarse de que su incapacidad le impedía ganar lo suficiente para vivir, y se fue hundiendo cada vez más en un estado que le llevó a amenazar con quitarse la vida.

Mantuve alguna sesión previa con la familia para asegurar que cuando John les llamase no se apresurarían a darle dinero ni tampoco le sermonearían. John accedió a trabajar con su madre con el fin de poder organizar y mantener un presupuesto, y así sus padres también le considerarían más autónomo (algo en lo que él tenía mucho interés porque se quejaba de que le trataban como un niño). También hablamos de las esperanzas y los sueños de John, que expresó mucho miedo a su madre. Diez años antes, justo después de que acabara el instituto, John se había matriculado en la universidad pero lo había suspendido todo.

Su madre temía que un nuevo fracaso académico de John pudiera empujarle al suicidio. Él le aseguró que durante la última década había madurado y era emocionalmente más estable, y que si volvía a la universidad al principio solo asistiría como oyente. Con esta tranquilidad, su madre accedió un poco de mala gana a los planes de John y éste se sintió más esperanzado acerca de su futuro.

Después de unas cuantas sesiones con la familia, consideré que casi habíamos acabado con la terapia, pero John me sorprendió pidiéndome una cita individual. Durante la sesión con él le pregunté cuál era el motivo de su consulta y, en un tono de voz muy bajo, me contestó con otra pregunta: «¿Cree que no pasa nada porque alguien sea gay?».

«A mí me parece que no pasa nada», contesté.

«Bueno, pues yo soy gay, y eso es algo que muchas personas de mi familia no aceptarían.»

«¿Se lo has dicho a alguna de ellas?»

«No.»

«¿Es importante para ti que lo sepan?»

«Verá, nadie lo sabe. Usted es la primera persona a quien se lo digo. Creo que es importante ser sincero.»

«¿Crees que hay algún miembro de tu familia a quien podrías decirle que eres gay y lo aceptaría?»

«Quizá mi hermana.»

A partir de ahí trazamos un plan para encontrar una forma de que John pudiera contárselo a su hermana.

Cuando John reveló que nunca había tenido una relación romántica/sexual, comentamos diversas estrategias para invitar a salir a alguien, encajar un no por respuesta y practicar sexo seguro. Después de nuestro plan para contarle a su hermana que era gay, fue a verla y se lo dijo. Ella lo aceptó muy bien y coincidió en que no era una buena idea contárselo al resto de la familia. Se convirtió en su consejera de confianza y en su confidente, y él nunca volvió a pensar en el suicidio. En conversaciones posteriores con él me dijo que no salir del armario había tenido mucho que ver con que quisiera suicidarse. Contarme a mí, a su hermana y a algunas personas del trabajo que era gay había aliviado su sensación de desesperanza.

Ambos casos ilustran la importancia de ayudar a las personas a aceptar y validar sus sentimientos y sus fantasías, a liberarlas de sentir vergüenza o de intrusiones obsesivo-compulsivas. Considero que *toda* experiencia interna es válida, pero soy muy claro y me muestro muy firme cuando se trata de los actos, porque algunos son válidos pero otros no. No pasa nada por fantasear con una violación, pero *no* hay que hacerlo. Tampoco pasa nada por fantasear con practicar sexo sin protección, pero *tampoco* hay que hacerlo.

Una vez tuve una cliente que en sus encuentros sexuales se sentía arrastrada por la pasión y no exigía que su amante utilizara un preservativo. Al día siguiente, en frío, sufría enormemente porque tenía miedo de haberse quedado embarazada o haber contraído una enfermedad venérea. Sin embargo, volvía a sacrificar la seguridad a cambio del placer si en el encuentro siguiente su amante quería tener relaciones sexuales sin protección.

Durante una sesión en concreto, llegamos a un acuerdo acerca de lo que ella haría en la siguiente ocasión que viese al que era su novio en aquel momento, porque ella ya anticipaba que él se negaría a usar un condón. Si sentía que estaba a punto de tirar la toalla y mantener relaciones sexuales sin usar protección, se excusaría un momento y me llamaría para que yo pudiera recordarle su intención de abandonar esa pauta de actuación. Simplemente saber que tendría que confesar que estaba haciendo algo estúpido y autodestructivo bastó para que ella fuera capaz de insistir a su pareja para que utilizara un preservativo.

CAMBIAR LAS ACCIONES

La mayoría de la gente piensa que antes de *actuar* sexualmente tiene que *sentir* deseo sexual, pero como la sexualidad es una mezcla de lo interno (sentimientos, deseos, fantasías y sensaciones) y lo externo (acciones, técnicas, posiciones físicas y pautas de

relación), entrar en acción sexualmente puede despertar el deseo sexual. Por ejemplo, hay ocasiones, cuando ya es tarde por la noche, en que me encuentro cansado, pero si mi pareja o yo iniciamos juegos preliminares, a menudo eso enciende la chispa del deseo y la excitación. Así que en lugar de que mis clientes esperen a que aparezcan los deseos sexuales espontáneamente, muchas veces les sugiero que pasen a la acción para provocarlos.

Jake y Lorraine, una pareja que sentía su nido vacío, acudieron a mi consulta, preocupados porque la pasión se había esfumado en su matrimonio. Habían sacado adelante una armoniosa familia con varios hijos, y éstos habían crecido y en los últimos años se habían ido marchando de casa. Los dos tenían éxito en su carrera profesional y se consideraban buenos compañeros, pero no habían tenido relaciones sexuales desde hacía muchos años. Nunca habían hablado en serio del tema, pero cuando finalmente lo expusieron en mi consulta plantearon que, como los dos habían ganado peso con los años, quizá ya no resultaban tan atractivos como antes el uno para el otro.

Ambos habían iniciado hacía poco un programa de ejercicio físico y de dieta sana que había dado como resultado una pequeña pérdida de peso que prometía ser mayor, pero que requería meses, si no años, para conseguirlo. Lorraine dijo que el peso de Jake, aunque sin duda le hacía menos atractivo, no era realmente un problema para ella, pero que pensaba que para él sí lo era que ella hubiese engordado. Jake confesó de mala gana que sí que era un problema el peso de ella, pero que no le parecía justo verlo así porque él también había engordado. Con todo, era cierto que no le gustaba.

Me explicaron que antes su vida sexual había sido «muy ardiente» y también frecuente. Cuando se conocieron todo empezó como una relación extramarital, que llevó a la ruptura de los matrimonios de ambos. Incluso cuando sus hijos eran pequeños, encontraban el momento, la energía y la creatividad para practicar el sexo en diferentes lugares de la casa.

Yo quería que Jake y Lorraine empezaran a funcionar lo antes posible y sabía que a menudo pasar a la acción y sentir deseo sexual van de la mano, por lo que les pregunté si estarían interesados en llevar a cabo un experimento. Si estaban dispuestos a hacerlo, tendrían que dedicar tiempo a hablar de los encuentros sexuales «más ardientes» que habían vivido e intentar recrear lo que hicieron entonces, independientemente de si al empezar estaban o no excitados y sin esperar que ninguno de los dos perdiera más peso. Les dije que quizá deberían empezar poco a poco, por ejemplo dándose mutuamente masajes en la espalda, con el fin de encontrarse otra vez cómodos físicamente el uno con el otro. Pero, para mi sorpresa, lo que hicieron fue tener relaciones sexuales esa misma noche (¡por primera vez en 10 años!). Decidieron que el peso no era tan importante como pensaban y continuaron creando (o recreando) una vida sexual apasionada y creativa juntos.

CAMBIAR LAS PAUTAS (EN LA PERSPECTIVA, LAS ACCIONES O LOS CONTEXTOS)

Alison y Ryan llegaron quejándose de sus constantes altercados. Tenían cinco hijos y no podían ni imaginar separarse, pero el caso es que se sacaban de quicio el uno al otro. Alison trabajaba tarde-noche y cuando volvía a casa alrededor de las 11.30 solo tenía ganas de relajarse en la sala de estar y ver la televisión. Ryan, que esperaba que ella se fuera a la cama con tiempo suficiente para tener relaciones sexuales con él, empezó con el ritual nocturno de abrir la puerta del dormitorio, mirarla fijamente y chasquear la lengua con fastidio.

Alison, furiosa por la presión de Ryan, y a pesar de que le gustaba el sexo, optaba por ignorarle, prometiéndose a sí misma que antes se congelaría el infierno que acostarse con él. Ryan se quejaba de que ella le evitaba y la postura de ambos acabó por producir peleas cada dos por tres.

Empecé a explorar si había otros problemas entre ellos, pero parecía que esos desencuentros nocturnos eran la causa principal de sus dificultades. Después de que Alison le dijera a Ryan que se equivocaba acerca de la falta de interés sexual de ella, descubrí que ninguno de los dos tenía ni idea de que lo que disparaba las peleas era justamente aquel sonido para expresar contrariedad que él hacía con la lengua. Hablé con él y le expliqué pacientemente que podría haber más sexo y menos riñas si cada noche dejaba de abrir la puerta del dormitorio y chasquear la lengua. Durante una semana cesó en su ritual y, cuando menos se lo esperaba, su esposa inició la relación sexual en varias ocasiones. Sorprendentemente, él volvió a hacer aquel ruido durante varias semanas, pero al final desistió después de que lo habláramos unas cuantas veces.

Uno se podría preguntar por qué volvió a hacerlo. Pero ése es precisamente el tipo de pregunta que intento evitar. Podía haberle preguntado a Ryan por qué persistía en aquel chasquido a pesar de que era obvio que causaba problemas, pero yo no especulo ni hago hipótesis acerca de la causa de origen. En lugar de eso, mantengo conversaciones con mis clientes y sugiero experimentos que están diseñados para romper aquellas interacciones sexuales que no funcionan.

Una mujer que había sufrido abusos sexuales empezó a recordar repentinamente imágenes de lo sucedido mientras mantenía relaciones sexuales con su marido. Se veía otra vez con su padre, que había abusado sexualmente de ella y la había violado cuando era una niña. Mientras comentábamos las circunstancias en que aparecían aquellos recuerdos, descubrí que la pareja siempre practicaba el sexo con la luz apagada. Un cambio tan sencillo como dejar encendida una luz suave fuera del dormitorio que permitiera verse el uno al otro, la ayudó a centrarse en que estaba teniendo relaciones sexuales con el hombre que amaba y no sufriendo los abusos de su padre. Con algo más de experimentación, la pareja descubrió que si ella tocaba la cara de su marido durante la relación sexual eso le ayudaba a centrarse en el momento presente. En lugar de analizar o especular acerca de las causas de los recuerdos (más allá de la conexión obvia con los abusos sufridos), exploramos formas de diferenciar el pasado del presente.

Otra pareja estaba disgustada por el hecho de que mientras mantenían relaciones sexuales la mujer se veía asaltada por el recuerdo de una violación, por lo que dejaron de tenerlas durante varios meses. Explorando su pauta de interacción descubrí que los recuerdos habían surgido cuando el hombre se apoyaba en la parte superior de los brazos de ella durante el encuentro sexual. El violador la había inmovilizado de una forma parecida. Cambiar su pauta de interacción —asegurarse de que él no le impedía el movimiento y empezar la relación sexual en la postura de ella encima— les ayudó a liberar su vida sexual actual del pasado.

INCLUIR Y PERMITIR

Otro elemento de la terapia de posibilidades es ayudar a las personas a aceptar cualquier cosa que experimenten, incluidos sentimientos y creencias aparentemente contradictorios. Esto refleja el énfasis que he puesto al principio en validar los sentimientos y los deseos, pero va un poco más allá.

Una mujer vino a verme después de hacer algo tan sorprendente para ella que la dejó perpleja. Comprometida con un hombre con el que vivía desde hacía varios años, tenía problemas para excitarse cuando mantenían relaciones sexuales. Ellos se gustaban y se amaban, y a ella le gustaba el sexo con él, pero durante los primeros minutos del intercambio sexual se sentía inexplicablemente asustada y entonces «desconectaba».

Había sufrido abusos sexuales durante varios años por parte de un primo mucho mayor que ella. Aquella situación empezó cuando tenía seis años y había ido a terapia durante cinco años siendo ya adulta. Su prometido conocía lo ocurrido y lo habían hablado muchas veces, pero eso no resolvía la situación. Aunque ella desconectaba, generalmente seguía adelante con el sexo hasta el final, en aras del placer de su pareja, pero ella misma no sentía gran cosa.

Una experiencia precipitó que ella acudiera a mí en busca de ayuda. Fue mientras asistía a una conferencia en una ciudad lejos de donde vivía. La segunda noche que pasaba allí, coincidió en el ascensor con uno de los asistentes por el que se sentía atraída, y aquello acabó en sexo allí mismo. Siempre había sido fiel a su prometido, la inquietó y sorprendió lo que hizo, y también se quedó perpleja cuando tuvo un orgasmo a pesar de la brevedad del encuentro.

Durante el curso del tratamiento, confesó que durante años no había considerado que ella hubiera sufrido abusos porque había «disfrutado» lo sucedido con su primo. Le pedí que lo explicara un poco más y entonces me dijo que había experimentado placer y había tenido orgasmos durante los abusos, y que la excitaba pensar que estaba haciendo algo que su controladora madre desaprobaba. En los primeros años de la edad adulta se vio envuelta en relaciones sadomasoquistas, y que le hicieran daño durante la relación sexual le producía mucho placer. Finalmente se apartó de ese escenario porque las cosas se estaban volviendo demasiado violentas y peligrosas.

Habitualmente utilizo la hipnosis para tratar síntomas automáticos y experienciales, así que empecé a hipnotizarla. Se dio cuenta de que le resultaba duro que la trataran cariñosamente y también experimentar placer y tener orgasmos, así que orientamos el trabajo a que ella pudiera incluir el sentirse conectada y amada al mismo tiempo que experimentaba placer sexual. También se esforzó en prestar atención al momento de la relación sexual en que empezaba a sentirse asustada, y en permitirse decirle a su pareja que tenían que parar.

Con el tiempo, descubrió que era válido no practicar el sexo solo porque otra persona lo deseara (ésta fue una nueva comprensión en el plano emocional, porque intelectualmente ya lo sabía) y que también era válido sentirse conectada a la otra persona y tener orgasmos. Aprendió además que no necesitaba ser «mala» (como por ejemplo tomar parte en relaciones sadomasoquistas o practicar sexo prohibido en el ascensor) para sentirse bien.

Al ayudar a las personas en sus dificultades sexuales, hago posible que puedan incluir y permitir sentimientos, experiencias o creencias que antes eran incompatibles o contradictorios (por ejemplo: peso lo que peso y soy atractivo; puedo sentirme atraído por alguien y no por eso mantener una relación sexual con esa persona; me pueden atraer tanto hombres como mujeres aunque haya decidido seguir un estilo de vida gay). Yo me uno a las personas y valido cualquier experiencia «negativa» o inquietante (y también, por supuesto, las que son positivas, esperanzadoras y colaboradoras). Y las ayudo a articular y nombrar la complejidad de sus experiencias y de su ser.

En la vida raramente algo es blanco o negro, las cosas no suelen funcionar sobre la base de todo o nada. «La rabia y la ternura, mis Yo», escribió Adrienne Rich en su poema «Integridad». «Y ahora puedo vivirlas como ángeles, no como polaridades.» Una parte de todo lo que los terapeutas podemos hacer es mirar a nuestro alrededor, explorar y arrojar luz sobre el territorio que rodea los problemas, con el fin de nombrar y prestar atención a una realidad compleja que ha sido ignorada e innombrada. También podemos hacer un uso liberal de la palabra «y», para invitar a los clientes a experimentar dos sentimientos o estados aparentemente contradictorios sin que entren en conflicto.

- Te puedes sentir tenso y te puedes relajar.
- Puedes pensar que no eres capaz de cambiar y sorprenderte al descubrir que estás cambiando.
- Quieres cambiar y tienes miedo de cambiar.

Esto contrasta con la manera de interpretar las cosas de la mayoría de la gente:

- Tengo que sentir esto *o* aquello.
- Siento esto, *pero* debería sentir aquello.

El lenguaje y el tiempo nos empujan a definiciones unidimensionales de nuestra experiencia y de nuestro ser. Por medio de la inclusión, los terapeutas podemos invitar a los clientes a experimentar lo opuesto simultáneamente, y a ir más allá de la mera aceptación de las contradicciones y hacia una aceptación más amplia del Yo. Esta extensión del sentido de sí mismo de los clientes puede romper cualquier situación de bloqueo interno.

Recuerdo que me hallaba en medio de un difícil tratamiento con una mujer que había sufrido abusos severos y continuados cuando era una niña. Como ella vivía a una distancia de seis horas en coche de mi consulta, nos reuníamos más o menos una vez al mes en una sesión de tres horas. Había luchado durante muchos años contra sus impulsos suicidas y el trabajo que realizábamos la dejaba emocionalmente en carne viva. Un día, me llamó y me dijo que no podía seguir adelante con la terapia. «Usted se está acercando mucho y yo me siento demasiado vulnerable. Además, su consulta está a tanta distancia que no me permite recurrir fácilmente a una cita de emergencia con usted si la necesito.»

Continué hablando del tema con ella durante unos minutos, intentando hacerle *sentir* que ella podía, como por arte de magia, albergar sentimientos y pensamientos contradictorios —podía querer y no querer seguir conmigo, podía sentirse muy cerca de mí y a la vez muy lejos, y que, de alguna forma, en medio de tanta ambivalencia, podía también *seguir avanzando* en la terapia—. Y pareció funcionar. «De acuerdo», dijo. «Eso me ha ayudado. Tiene razón. Puedo hacerlo. Nos veremos en la próxima sesión.»

Durante la terapia muchas personas parecen estancadas en la experiencia de elegir una cosa o la otra. En el caso que acabo de exponer, la cliente esperaba sentirse segura o vulnerable, pero había situaciones en que sentía ambas cosas a la vez. Aunque dijo que yo me estaba acercando demasiado, lo contrario también parecía cierto —sentía que yo estaba muy lejos, tanto emocional como físicamente—. Así que incluí ambas posibilidades, en lugar de una u otra.

Cuando la gente viene por primera vez a la terapia, a menudo parece que haya dos aspectos de sí mismos intentando, sin conseguirlo, apretujarse para pasar a la vez por una puerta demasiado pequeña. Incapaces de acomodar simultáneamente aspectos opuestos, por ejemplo, el deseo de cambiar y el temor al cambio, se quedan bloqueados. La inclusión consigue ensanchar esa puerta, y deja espacio para que ambos aspectos —y quizá también otros— se muevan libremente. La simple articulación de esta doble realidad es muchas veces suficiente para que los clientes se liberen y puedan seguir adelante.

Nota final: ¿Qué es lo bueno para usted?

He presentado aquí algunas estrategias generales de terapia breve que se pueden aplicar a los problemas sexuales, pero, si se sacan de contexto, pueden parecer bastante directivas. Habitualmente, en mi trabajo dejo que mis clientes me dirijan a mí. Yo tengo algunas ideas sobre lo que se puede hacer, y muchas de ellas ya las he expuesto aquí, pero a mí me parece que las mejores ideas las tienen los clientes o, por lo menos, ellos tienen las mejores respuestas a las sugerencias, posibilidades e ideas que les ofrezco, y son éstas las que me llevan a seguir en la dirección que estemos tomando en ese momento o a cambiar por completo el curso de la acción.

Escucho muy atentamente sus preocupaciones e intento no añadir nada de mis propias teorías acerca del porqué de sus luchas, y después dejo que sus preferencias, sus ideas y sus respuestas me guíen. Como es tan difícil trasladar al papel este proceso colaborativo, los escritos acerca de la terapia son mucho más estructurados que las propias sesiones. Así, más que estrategias definitivas, las ideas que presento en este capítulo son sugerencias que se deben ensayar.

Bibliografía

Masters, W. H. y V. E. Johnson, *Human sexual inadequacy*, Nueva York, Little, Brown, 1970.

O'Hanlon, B. y S. Beadle, *Guide to possibility land: 51 respectful methods for doing brief therapy*, Nueva York, Norton, 1999.

— y B. Bertolino, *Invitation to possibility-land: A teaching seminar with Bill O'Hanlon*, Filadelfia, Brunner/Mazel, 1998.

— y B. Bertolino, *Evolving possibilities: Bill O'Hanlon's selected papers*, Filadelfia, Brunner/Mazel, 1999 (trad. cast.: *Desarrollar posibilidades: un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*, Barcelona, Paidós, 2001).

CAPÍTULO 2

TERAPIA SEXUAL MULTICONTEXTUAL CON PAREJAS LESBIANAS

Suzanne Iasenza

Como profesional clínica que trabaja con muchas parejas lesbianas, he observado que a menudo éstas llegan a la terapia intoxicadas por los efectos no reconocidos del sexismo y la homofobia familiar y social. A un gran número de ellas les resulta penoso desentrañar de qué forma su sexualidad adulta está imbuida de creencias, sentimientos y comportamientos que han sido contaminados por el sexismo y la antihomosexualidad. No obstante, muchas conocen un poco algunas lamentables teorías sobre la salud mental que históricamente han caracterizado la homosexualidad como perversa, inmadura o anormal, o por lo menos saben lo bastante como para desconfiar a la hora de buscar ayuda terapéutica, y es comprensible.

Dadas estas variables contextuales y sus poderosos efectos sobre la vida de las lesbianas, estoy convencida de que una terapia sexual con parejas lesbianas que sea efectiva tiene que adoptar un enfoque multicontextual (Carter, 1993; Carter y McGoldrick, 1999) —uno que no solo entienda los problemas desde una perspectiva individual o de pareja, sino que también considere cómo ha contribuido la familia, la comunidad y la sociedad a la existencia de esos problemas—. Al adoptar un enfoque de este tipo transmito de manera inmediata a las clientes lesbianas el mensaje de que *yo*, como terapeuta, soy consciente del papel que ha tenido el sistema en la creación de sus problemas y lo tengo en cuenta, y que no asumo que son las únicas responsables de sus dificultades ni tampoco que ellas mismas sean el problema. Esta postura es especialmente importante para un terapeuta que trabaje con poblaciones de clientes que históricamente han sufrido marginación y estigmatización.

En este capítulo expondré las razones fundamentales por las cuales trabajo desde una perspectiva multicontextual en la terapia sexual con parejas lesbianas, y también explicaré cómo aplico algunas técnicas ya consolidadas, como por ejemplo el proceso de exteriorización de White y Epston (1990) y el enfoque de utilización de Erickson (Zeig, 1994), para potenciar los efectos de la terapia. El caso clínico que describo ilustra el potencial de este enfoque integrador para favorecer cambios positivos en la vida sexual de las parejas lesbianas.

La perspectiva multicontextual

Desarrollado por Carter (1993) en el Family Institute of Westchester, el modelo multicontextual proporciona un marco de trabajo que tiene en cuenta todos los niveles sistémicos para valorar y comprender a las parejas y familias, y sus problemas. A partir de los conceptos sobre terapia familiar de Bowen (1978), el modelo aborda el «Yo en su contexto» y la evolución de las personas en el seno de las relaciones interpersonales y sociales. Las creencias, sentimientos y comportamientos individuales se entienden dentro del contexto de sistemas más amplios: la familia inmediata (y esto incluye la pareja), los contactos sociales y con la comunidad, y la sociedad en general. Los últimos trabajos de Carter y McGoldrick (1999) integran la perspectiva multicontextual en el marco del ciclo vital de la familia, y aportan una profunda comprensión de la complejidad de los cambios que se producen en el desarrollo humano en cada nivel sistémico a lo largo de la vida.

Con este modelo ampliado, Carter y McGoldrick consiguen dos logros importantes, que a mí me parecen especialmente relevantes para el trabajo con parejas lesbianas. El primero es que su redefinición de la familia integra y celebra la diversidad cultural y los diferentes estilos de familia. Empiezan por reconocer la naturaleza limitada de los modelos familiares y de pareja que se centran en un único estilo: la familia nuclear, de raza blanca, anglosajona, de clase media, formada por el primer y único matrimonio de una pareja heterosexual, sus hijos y la familia extensa (1999, pág. xv). Continúan después explorando de qué forma la raza, la etnia, la religión, el género y la orientación sexual influyen en el estado y desarrollo de la vida familiar. Dicho en palabras de Carter: «Aquí no estamos hablando simplemente de hacer un listado de las diferencias —de raza, etnia, género u orientación sexual...—. Estamos hablando de una jerarquía de poder, a la que algunos tienen acceso y otros están excluidos... Después de las cuestiones básicas, nos centramos en el lugar que ocupa una familia o persona en la sociedad y, si su poder social es escaso, en la forma que esto afecta a sus relaciones personales» (citado en Markowitz, 2001, pág. 14).

El segundo es que Carter y McGoldrick (1999) «amplían la lente» de la terapia más allá de los niveles tradicionales que contemplan únicamente la unidad familiar, la pareja o el individuo, valoran tanto los estresores como los recursos, e intervienen en todos y cada uno de los niveles sistémicos, desde el individual al comunitario y más allá, incorporando el contexto sociocultural, político y económico. Rinden homenaje al poder del lenguaje y cambian intencionadamente el de los niveles sistémicos para reflejar las formas de familia contemporáneas: la «familia nuclear» se convierte en la «familia inmediata», que engloba las nucleares, las monoparentales, las que nunca se han casado y las que lo han hecho más de una vez, los gays y las lesbianas. Además, utilizan el término «terapia de pareja» en lugar de «terapia conyugal» como una forma de reconocimiento de las parejas heterosexuales que no han contraído matrimonio o, en el caso de gays y lesbianas, de las parejas a las que se les niega la opción del matrimonio legal.

La perspectiva multicontextual reconoce los desafíos vitales a que se enfrentan las personas, las parejas y las familias lesbianas, y tiene en cuenta de qué forma el sexismo y la homofobia afectan el funcionamiento de la relación y cómo las fuerzas de la familia, la comunidad y la sociedad influyen en su evolución (Iasenza, Colucci y Rothberg, 1996; Laird, 1993, 1996; Martin, 1993; Roth, 1989; Slater, 1995; Slater y Mencher, 1991). Tanto en la teoría como en la práctica, me esfuerzo por conocer e incorporar la experiencia única de las mujeres lesbianas, cómo difiere su estilo de interacción sexual del de las parejas gays o heterosexuales y de qué manera las fuerzas familiares, políticas y sociales afectan a su comportamiento sexual (Iasenza, 2000; Schreurs, 1994).

La historia sexual extensa

Una forma de aplicar la perspectiva multicontextual a la práctica es entrar en profundidad en la historia sexual de mis clientes. Yo prefiero hacer esto al principio del trabajo con la pareja, y reunirme con cada una de las personas que la forman por separado. Si recogiera esta información con las dos a la vez, eso podría ayudarles a comprenderse y solidarizarse una con otra, pero por otro lado quiero darles la oportunidad de poder explicar sus experiencias sin tener que preocuparse del impacto que éstas pudieran tener en su pareja. No obstante, sí que les pido a las parejas que compartan sus «mejores momentos» porque favorece el aprecio mutuo.

Cuando me reúno más tarde con la pareja también dedico tiempo a identificar la influencia del contexto sociopolítico en su identidad y en sus sentimientos, para ayudarla a entender las presiones culturales que experimentan. A menudo pregunto, por ejemplo: «¿De qué forma creen que crecer y vivir en una sociedad sexista y homofóbica ha afectado su relación?». Este tipo de preguntas representan la declaración abierta de que asumo que ser gay o lesbiana en nuestra cultura a menudo afecta el desarrollo de las relaciones íntimas y el sentido positivo de la propia sexualidad.

A continuación, incluyo la versión extensa de un historial sexual estándar (Wincze y Carey, 1991), que tiene en cuenta cuestiones sistémicas más amplias (se indican en cursivas). Quiero señalar que mi forma de recabar información en estas áreas no es formular preguntas siguiendo un listado, sino entablar una conversación terapéutica fluida.

La infancia

Pregunto acerca de los miembros de la familia y las relaciones entre ellos; la relación de los padres; *la religión, la raza, la etnia y la clase social*; el primer recuerdo relacionado con el sexo; los mensajes sexuales; de qué manera se demostraba el afecto en la familia; la forma de tratar la desnudez y las cuestiones relativas al cuerpo; *la*

manera de tratar a los niños y a las niñas; la identidad y el rol en relación con el género; los primeros sentimientos sexuales (hacia el mismo sexo o hacia el sexo opuesto); la masturbación; los juegos sexuales con los iguales; la educación sexual; cualquier experiencia sexual desagradable o perturbadora; tratamientos médicos de la propia persona o de miembros de la familia; negligencias o abusos sexuales, físicos o emocionales; y consumo de drogas.

La adolescencia

Exploro las relaciones entre iguales; la experiencia de la pubertad; la imagen corporal y la menstruación; los embarazos o abortos; los sueños eróticos; la autoestima; *las experiencias sexuales (heterosexuales y homosexuales); la experiencia de salir del armario*; las primeras experiencias/la primera relación sexual completa; las fantasías; el consumo de drogas; la experiencia escolar; y las aficiones e intereses.

La edad adulta

Reviso la historia médica (lo que incluye tratamientos psiquiátricos o psicoterapia) y pregunto acerca de sus relaciones; de experiencias sexuales; de masturbación; fantasías; sueños; problemas sexuales (de la propia persona o de sus parejas); de enfermedades de transmisión sexual (ETS), del VIH y de practicar sexo seguro; del control de natalidad; de los hijos; de la menopausia; de las medicaciones; del consumo de drogas; de la historia laboral; de las relaciones con los iguales y con la familia; y de la experiencia de salir del armario en su hogar y en el trabajo.

Contacto con la comunidad

Recabo información sobre sus *amigos y vecinos (heterosexuales y homosexuales)*; participación en instituciones religiosas, educativas y gubernamentales y en grupos de autoayuda; actividades políticas (pasadas y presentes); ocio y grupos culturales; trabajo de voluntariado; y sobre cualquier contacto con la comunidad gay/lesbiana.

Influencias sociales

Presto atención a *cuestiones políticas, sociales y económicas; a los efectos de prejuicios basados en la raza, la etnia, el género, la clase social, la orientación sexual, la edad, las discapacidades y el estilo de familia.*

Funcionamiento sexual actual

Me fijo siempre en los detalles acerca del funcionamiento sexual actual y de las dificultades asociadas; las preferencias sexuales; lo que agrada y lo que desagrada a la persona o a su pareja; la monogamia; las experiencias sexuales mantenidas aparte de la relación; la identidad y el rol basados en el género; la orientación sexual; las actividades no sexuales (realizadas individualmente y en pareja); la comunicación en el tema del sexo; la intimidad; el afecto; y otras cuestiones relacionales relevantes.

La perspectiva multicontextual y la terapia breve

La terapia breve (De Shazer, 1988, 1991, 1994; O'Hanlon y WeinerDavis, 1988; Weiner-Davis, 1995), ya se aplique a los problemas sexuales o a otros más genéricos, se basa en supuestos que son compatibles con una perspectiva multicontextual de la terapia familiar. Quizás el aspecto común más importante sea que en ambos casos la atención se centra en la potenciación de las personas para que puedan encontrar maneras de mejorar su vida. Para trabajar con parejas lesbianas es esencial partir del antidiagnóstico, de una postura antipatológica, porque muchas de ellas están sensibilizadas a una posible patologización por parte de los profesionales de la salud mental que, consciente o inconscientemente, transmiten la creencia de que las relaciones lesbianas son inadecuadas comparadas con las heterosexuales. Yo me esfuerzo en transmitir un respeto básico hacia las clientas y en crear una relación terapéutica igualitaria y de colaboración que las estimule a ser los agentes activos de su vida. Las mujeres que acuden como clientas necesitan tantas experiencias de refuerzo como sea posible, que las apoyen como sujetos en lugar de como objetos del cambio terapéutico.

Tanto la terapia breve como el trabajo multicontextual ponen el acento en la necesidad de un buen encaje entre terapeuta y cliente; esta adaptación requiere que el terapeuta sea flexible para reconocer el ritmo y la dirección del trabajo adecuados. La perspectiva multicontextual me permite desarrollar gradualmente las metas y las intervenciones, porque las sesiones iniciales consisten en recoger información acerca de los múltiples niveles sistémicos. Puedo variar el nivel en el que intervengo, en función de la comodidad, las necesidades y los recursos de cada pareja.

La recogida multicontextual de datos puede parecer la antítesis del proceso de la terapia breve, pero es todo lo contrario. Centrarme en la forma en cómo los diversos niveles sistémicos contribuyen a crear o mantener los problemas me permite ayudar a las parejas con rapidez y eficiencia a realizar cambios positivos, que no serían posibles si me centrara únicamente en el problema que presentan en el nivel de pareja.

Ejemplo de un caso

Jan y Sue acudieron a mi consulta quejándose de que el sexo era poco frecuente y habían perdido deseo sexual. Hacía ocho meses que no mantenían relaciones sexuales, y antes de eso hacían el amor aproximadamente una vez al mes, lo que estaba bien para Jan, pero no para Sue, que era quien había decidido recurrir a la terapia. En la primera sesión, Sue acusó a Jan de ser demasiado pasiva e insegura sexualmente, a pesar de que ninguna de las dos iniciaba un acercamiento en ese terreno. Ésa fue la primera vez que Jan tuvo conocimiento de la insatisfacción sexual de Sue, y es comprensible que estuviera confusa y a la defensiva. Las dos se preguntaban si quizá ya no eran sexualmente compatibles. Un terapeuta que se hubiera centrado en el nivel de pareja habría diagnosticado que Jan y Sue sufrían un trastorno sexual y habría explorado después de qué forma podían revitalizar su relación sexual. Pero mi forma de realizar el historial reveló que el asunto era más complejo.

Las dos habían crecido en el seno de familias con problemas de alcoholismo, y ambas se estaban rehabilitando de su adicción al alcohol —Jan no lo había probado desde hacía 10 años y Sue tampoco desde hacía 6 años—. Se conocieron en la reunión de un grupo de Alcohólicos Anónimos (AA), en la que Jan había asumido el papel de madrina de Sue. El intenso vínculo terapéutico derivó en amistad y finalmente en amor. Cuando la relación se fue desarrollando y se fueron a vivir juntas, decidieron seguir asistiendo a las reuniones de AA, pero en grupos distintos, lo que inicialmente funcionó bien para ambas. Desde el principio de su vida en común, la vida social de las dos había girado en torno a las reuniones de AA y a los encuentros con los amigos, la mayoría de los cuales eran heterosexuales y desconocían que ellas eran algo más que «compañeras de piso».

Se produjo un cambio importante cuando, después de cuatro años de relación, Sue decidió cambiar e incorporarse a otro grupo de AA de gais y lesbianas, que se reunían en el local de un centro social de la comunidad. Este cambio se produjo a causa de que Sue había explorado en sesiones de terapia individual su homofobia interiorizada y su decisión de vivir una vida de reclusión. En ese grupo hizo nuevos amigos, muchos de los cuales tenían una actitud abierta con la familia, amigos y compañeros del trabajo acerca de su sexualidad, y esa amistad intensificó su deseo de dejar de ocultar que era lesbiana en el entorno laboral.

El proceso de salir del armario de Sue, apoyado por sus nuevas amistades gais y lesbianas, empezó a crear tensiones en la pareja. Sue quería ser más abierta con sus amigos y su familia acerca de la relación que mantenía con Jan, mientras que esta última deseaba que todo siguiera como siempre. El desequilibrio en el proceso de salir del armario de cada una tuvo como consecuencia que Sue, en lugar de sentirse protegida por el deseo de Jan de seguir ocultando su orientación sexual, estaba enfadada y se sentía rechazada a causa de esa situación. Además, Sue se dio cuenta de que mantener el secreto acerca de su lesbianismo había ahogado sus deseos sexuales a lo largo de los años. Apparentemente, la pareja no se daba cuenta de los cambios que se habían

producido a raíz de la incorporación de Sue a la comunidad gay/lesbiana. Solo eran conscientes de que la creciente infelicidad y tensión entre ellas las habían llevado a preguntarse si eran irremediabilmente incompatibles sexualmente.

A medida que fui hablando con ellas, utilizando la información que había recogido al realizar el historial, empezaron a comprender y valorar el enorme impacto que había tenido el proceso de salir del armario de Sue en su relación y en su vida sexual. Después de una cuidadosa valoración del contexto comunitario y social de su vida, y de cómo éste influenciaba su evolución individual y como pareja, pudimos empezar a explorar de qué forma podían empezar a trabajar sus dificultades sexuales.

Exteriorización y utilización

Para ayudar a que parejas como Jan y Sue dejen de culparse entre sí y empiecen a trabajar en equipo, enriquezco la terapia con dos técnicas consolidadas: el proceso de exteriorización de White y Epston (1990) y el enfoque basado en la utilización de los recursos internos de Erickson (Zeig, 1994).

La homofobia social e interiorizada, y sus efectos —estigmatización, secretismo, vergüenza sexual— son algunas de las influencias culturales más poderosas en la vida de los hombres gays y las mujeres lesbianas. Éstas, como todas las mujeres, tienen además que hacer frente al privilegio masculino de definición de la sexualidad y a la perpetuación de mitos y actitudes sexistas acerca de las mujeres, que afectan el desarrollo de la autoestima, la imagen corporal, la asertividad sexual y la capacidad de ser el agente activo de su sexualidad (McCormick, 1994; Rose, 1994; Tiefer, 1995). Yo ayudo a las parejas a identificar las creencias, los sentimientos y los comportamientos que son subproductos de los prejuicios sociales, de forma que se puedan exteriorizar en lugar de interiorizar o proyectar en la relación.

El enfoque de «exteriorizar del problema» de White y Epston (1990) reconoce que las prácticas culturales «objetivan» y «cosifican» las personas y sus cuerpos. Al situar el problema fuera de la pareja, las dos personas trabajan juntas contra el problema, en lugar de una en contra de la otra; ésta es una «contrapráctica» que las des-objetiva y potencia, y las ayuda a superar la culpa inducida socialmente.

En mi trabajo con Jan y Sue, las ayudé a normalizar sus sentimientos de vergüenza y baja autoestima, y el secretismo acerca de su relación. Eran sentimientos y comportamientos comprensibles, que a menudo acompañan la negación y el rechazo de la identidad sexual de las personas. Entonces se entendió el «problema» como homofobia social y no como una deficiencia suya como personas o como pareja. Después de esto, Sue se sintió menos enfadada con Jan, y Jan estuvo menos a la defensiva. Ambas describieron el dolor de crecer como lesbianas sintiéndose invisibles para su familia y rechazadas por las personas que querían y que no iban a aceptar su orientación sexual. También reconocieron que su familia pocas veces las había animado a afirmarse como

mujeres. Como resultado, dejaron de culparse y avergonzarse la una a la otra, y se sintieron unidas en su lucha contra los efectos de la homofobia y el sexismo. Como equipo, estaban entonces preparadas para explorar formas de mejorar su vida sexual.

A menudo adopto el enfoque de utilización de los recursos internos de Erickson para ayudar a las parejas lesbianas a identificar los puntos fuertes, los recursos y las competencias que han ido desarrollando a lo largo de su vida, y que pueden tener utilidad terapéutica en la actualidad. El término «utilización» de Erickson se refiere al uso que pueden hacer los clientes de aquellos procesos mentales, comportamientos, pensamientos y sentimientos involuntarios —incluso aunque algunos de los cuales puedan ser vistos como problemáticos por el cliente (o el terapeuta)— con el fin de producir cambios positivos.

La exteriorización y la utilización aplicadas conjuntamente pueden ayudar a las parejas lesbianas a liberar los efectos que la opresión y los prejuicios han tenido entre las dos personas, y trasladarlos a entre ellas juntas y la sociedad. En lugar de sentirse deprimidas y victimizadas, esto representa para ellas una potenciación.

Argumenté a Jan y Sue que *sobrevivir* como lesbiana en un mundo homofóbico comporta un conjunto de habilidades y recursos. Se rieron con la idea (¿cómo se podría sacar algo bueno de estar oprimidas?), pero después fueron capaces de identificar los puntos fuertes que van asociados a esa lucha, como por ejemplo más capacidad para apreciar las diferencias, un grado mayor de sensibilidad hacia otras personas que han sido marginadas, más empatía hacia el dolor de la gente, conciencia de los privilegios sociales y un mayor compromiso con la justicia social.

Puse el acento en que las habilidades para apreciar las diferencias y la capacidad empática hacia el dolor de otras personas eran recursos que también podían utilizar entre ellas cuando exploraban distintas formas de salir del armario (o de no hacerlo) como elección, con sus amigos, familia o compañeros de trabajo. Sue llevaba ventaja con esto, porque ya había pasado por una terapia individual donde había podido analizar su homofobia interiorizada. Ella, que trabajaba en un pequeño negocio de diseño gráfico, también tenía un entorno más facilitador para salir del armario. Jan, por el contrario, era abogada en una empresa. Se sentía más vulnerable y con menos dotes que Sue para ser franca con sus colegas. Y Sue necesitaba que le recordaran lo difícil que es producir cambios profundos en la propia vida y lo mucho que ayuda contar con apoyo en esos momentos. Hablamos de la excepcional capacidad de Jan como guía para que Sue se mantuviese sobria cuando ésta era más vulnerable al principio de su proceso de rehabilitación del alcoholismo, y de que quizás era el momento de que Sue le devolviese el favor.

La transferencia de competencias, otra intervención basada en el enfoque de utilización (Lamarre y Gregoire, 1999), facilita seguir identificando los propios recursos para afrontar los retos de la vida. Durante las primeras sesiones, Jan y Sue explicaron que una de sus actividades de ocio preferida —y las dos eran bastante competentes en

ese terreno— era el remo. Al principio de su relación, habían comprado una barca de dos plazas y salían a remar juntas; se turnaban en la posición de descansar y liderar, y avanzaban remando sin cansarse. En ocasiones, si una de ellas se sentía fatigada para salir a remar o tenía alguna obligación que atender, la otra salía en barca ella sola.

Comentamos detalladamente cómo habían conseguido ser tan buenas en el remo — cómo manejaban los cambios de dirección o los tramos en aguas bravas—. A lo largo de la conversación se dieron cuenta de que a pesar de los más y los menos de su relación, siempre habían conseguido salir juntas a remar y hacerlo bien. Hablamos de aplicar su talento para el remo a su proceso de salir del armario y a su vida sexual, de compartir las necesidades que fueran surgiendo en su vida, igual que compartían el manejo del ritmo y la dirección en el remo, trabajando juntas y a veces haciéndolo solas.

Remar se convirtió en algo tan importante para su relación como lo había sido para su diversión. Empezaron a compartir las necesidades, los deseos y los temores asociados a salir a la luz como lesbianas, a decidir a qué personas se lo contarían las dos a la vez o por separado, y a apoyarse la una a la otra en el proceso. Sue aceptó con más calma que ante la necesidad que tenía Jan en ese momento de no salir del armario en determinados contextos, como por ejemplo el laboral, a pesar de que sus propias necesidades eran diferentes, y ayudó a Jan a «remar sola» cuando fue necesario.

A medida que fueron trabajando conjuntamente el tema de salir del armario, su deseo sexual reapareció. Su talento para negociar el ritmo y la dirección del remo también fue útil aquí. Se sentían lo bastante seguras de sí mismas en cuanto a la utilización de sus recursos internos y de la transferencia de sus competencias como para analizar de qué forma crear un entorno más erótico en su casa. Crearon juntas un menú sexual, que consistía en aquello que más le gustaba a cada una, y se turnaron para experimentar las opciones. Como si fueran críticas de cine lésbico, se divirtieron viendo y revisando dos cintas de vídeo de educación sexual para mujeres, una de Betty Dodson (1991) y otra de Annie Sprinkle y Joseph Kramer (1999). Jan, que era la más tímida de las dos, incluso acompañó a Sue a dar una vuelta por una tienda local de productos eróticos. Jan fue capaz de recordarse a sí misma lo competente que había sido como madrina de Sue en el grupo de AA y como compañera de remo, situaciones en las que tuvo ocasión de ser asertiva, y eso la ayudó a decirle claramente a Sue qué deseaba y qué no deseaba sexualmente. Ambas estuvieron encantadas de que se redujeran las tensiones, se mejorara la comunicación y se reanudase su vida sexual. Pudieron remar en la terapia, porque habían aprendido que tenían los recursos necesarios para hacer avanzar su barca.

Conclusión

El trabajo que llevé a cabo con Jan y Sue ilustra la importancia de evaluar la influencia que tiene la comunidad y la sociedad en la experiencia sexual de las personas y de las parejas, y posibilitó que pudieran identificar los efectos de la homofobia y el

sexismo. Es por eso que la orientación multicontextual es una forma tan efectiva y adecuada de intervenir en situaciones donde existen problemas que a menudo han sido creados y mantenidos por diversas influencias sistémicas. Recabar amplia información sobre la historia sexual ayuda a mis clientas y a mí a identificar no solo los múltiples niveles de influencia en su sexualidad y su identidad sexual, sino también los recursos, los talentos y las competencias que ya poseen y que se pueden aplicar para resolver el problema actual. Las magníficas técnicas complementarias de exteriorización y utilización facilitan que las presiones de la opresión y los prejuicios no sean motivo para sentimientos y comportamientos basados en la vergüenza, sino vientos y mareas para remar a contracorriente y avanzar.

Bibliografía

- Bowen, M., *Family therapy in clinical practice*, Nueva York, Aronson, 1978 (trad. cast.: *La terapia familiar en la práctica clínica*, Bilbao, Desclee de Brouwer, 1989).
- Carter, B., *A multicontextual framework for assessing families*, cinta de vídeo: *Clinical dilemmas in marriage*, Nueva York, Guilford Press, 1993.
- y M. McGoldrick, *The expanded family lifecycle: Individual, family, and social perspectives*, 3ª ed., Boston, Allyn and Bacon, 1999.
- De Shazer, S., *Clues: Investigating solutions in brief therapy*, Nueva York, Norton, 1988 (trad. cast.: *Claves de terapia familiar breve: una teoría de la solución*, Barcelona, Gedisa, 1992).
- , *Putting differences to work*, Nueva York, Norton, 1991.
- , *Words were originally magic*, Nueva York, Norton, 1994 (trad. cast.: *En un origen las palabras eran magia*, Barcelona, Gedisa, 1999).
- Dodson, B., *Self-loving: Portrait of a women's sexuality seminar*, cinta de vídeo, Nueva York, Betty Dodson, 1991.
- Iasenza, S., «Lesbian sexuality post-Stonewall to post-modernism: Putting the “Lesbian Bed Death” concept to bed», *Journal of Sex Education and Therapy*, vol. 25, nº 1, 2000, págs. 59-69.
- , P. L. Colucci y B. Rothberg, «Coming out and the mother-daughter bond: Two case examples», en J. Laird y R. J. Green (comps.), *Lesbians and gays in couples and families*, San Francisco, Jossey-Bass, 1996, págs. 123-136.
- Laird, J., «Lesbian and gay families», en F. Walsh (comp.), *Normal family processes*, 4ª ed., Nueva York, Guilford Press, 1993, págs. 282-328.
- , «Invisible ties: Lesbians and their families of origin», en J. Laird y R. J. Green (comps.), *Lesbians and gays in couples and families*, San Francisco, Jossey-Bass, 1996, págs. 89-122.
- Lamarre, J. y A. Gregoire, «Competence transfer in solution-focused therapy: Harnessing a natural resource», *Journal of Systemic Therapies*, vol. 18, nº 1, 1999, págs. 43-57.
- Markowitz, L., «Thinking outside of the symptom: A conversation with Betty Carter», *The Family Magazine*, nº 7, otoño de 2001, págs. 12-19.
- Martin, A., *Lesbian and gay parenting handbook: Creating and raising our families*, Nueva York, Harper Perennial, 1993.
- McCormick, N. B., *Sexual salvation: Affirming women's sexual rights and pleasures*, Westport, Connecticut, Praeger, 1994.
- O'Hanlon, W. H. y M. Weiner-Davis, *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*, Nueva York, Norton, 1988 (trad. cast.: *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*, Barcelona, Paidós, 2006).

- Rose, S., «Sexual pride and sexual shame in lesbians», en B. Greene y G. M. Herek (comps.), *Lesbian and gay psychology*, vol. 1, *Theory, research and clinical applications*, Thousand Oaks, California, Sage, 1994, págs. 71-83.
- Roth, S., «Psychotherapy with lesbian couples: Individual issues, female socialization and the social context», en M. McGoldrick, C. M. Anderson y F. Walsh (comps.), *Women in families: A framework for family therapy*, Nueva York, Norton, 1989, págs. 286-307.
- Schreurs, K. M. G., «Sexuality in lesbian couples: The importance of gender», *Annual Review of Sex Research*, nº 4, 1994, págs. 49-66.
- Slater, S., *The lesbian family life cycle*, Nueva York, Free Press, 1995.
- y J. Mencher, «The lesbian family life cycle: A contextual approach», *American Journal of Orthopsychiatry*, nº 61, 1991, págs. 372-382.
- Sprinkle, A. y J. Kramer, *An intimate guide to female genital massage*, cinta de vídeo, San Francisco, Erosspirit Research Institute, 1999.
- Tiefer, L., *Sex is not a natural act and other essays*, Boulder, Colorado, Westview Press, 1995 (trad. cast.: *El sexo no es un acto natural*, Madrid, Talasa, 1996).
- Weiner-Davis, M., *Divorce busting: A rapid and revolutionary program for staying together*, Nueva York, Summit, 1995.
- White, M. y D. Epston, *Narrative means to therapeutic ends*, Nueva York, Norton, 1990 (trad. cast.: *Medios narrativos para fines terapéuticos*, Barcelona, Paidós, 2008).
- Wincze, J. P. y M. P. Carey, *Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment*, Nueva York, Guilford Press, 1991.
- Zeig, J. K. (comp.), *Ericksonian methods: The essence of the story*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1994.

CAPÍTULO 3

«PUESTA A PUNTO» (PARA EL CAMBIO): EL TRABAJO CLÍNICO ADAPTADO A LOS ESTADIOS PARA TRATAR PROBLEMAS SEXUALES

Scott D. Miller, Karen M. Donahey y Mark A. Hubble

Una buena disposición lo es todo.

SHAKESPEARE
(*Hamlet*, acto 5, escena 2)

En 1966, los investigadores Masters y Johnson dieron a conocer que la respuesta fisiológica a la estimulación sexual progresa a través de una serie de estadios iguales para *todos* los seres humanos: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Antes de que ellos llevaran a cabo esta investigación pionera sobre el comportamiento sexual humano en un contexto de laboratorio, los estudios sobre el tema se habían limitado a aquello que la gente dice, en lugar de a lo que realmente hace. Aunque quizás ahora cueste imaginar, la identificación de los estadios de activación revolucionó la interpretación científica del ciclo de la respuesta sexual humana, y abrió la puerta a la comprensión de las diferencias individuales y al desarrollo de terapias para abordar las dificultades sexuales.

Un hallazgo menos conocido pero igualmente revolucionario en el campo de la psicoterapia plantea que las personas progresan a través de una serie de «estadios de activación» mientras «se ponen a punto» para el cambio. Aunque se han propuesto diversos sistemas para clasificar estos estadios (véase Berg y Miller, 1992; De Shazer, 1988; Fisch, Weakland y Segal, 1982; Miller y Berg, 1991), hasta la fecha ninguno se puede comparar con el modelo de los estadios del cambio desarrollado por Prochaska, DiClemente y otros (DiClemente y Prochaska, 1982; Prochaska, 1995, 1999; Prochaska y DiClemente, 1982, 1983; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). Durante más de 15 años, estos investigadores han ido componiendo «el puzle de cómo las personas modifican intencionadamente su comportamiento», estudiando de qué forma la gente cambia de manera natural, espontánea, todos los días (Prochaska y otros, 1992, pág. 1.102). A lo largo de su trabajo, estos investigadores adelantados no solo han identificado

los diferentes estadios, sino que también han averiguado que «en cada uno de ellos, las personas aplican procesos concretos para avanzar hasta el siguiente estadio» (Prochaska, 1999, pág. 228)

A lo largo de la mayor parte de la historia de la psicoterapia, se ha dicotomizado la motivación para el cambio: las personas que estaban en tratamiento se dividían en motivadas o desmotivadas. A las que pertenecían a esta última categoría se les colgaba la etiqueta de «resistentes». En 1904, Sigmund Freud situó el concepto de resistencia en el centro de la teoría terapéutica que desarrollaba. Basándose en sus observaciones de que los clientes rechazaban con frecuencia y a menudo enérgicamente las interpretaciones que él les ofrecía, Freud concluyó que «los pacientes se aferran a su enfermedad... e incluso luchan contra su propia recuperación» (1904/1953a, pág. 67).

Aunque con el tiempo el concepto ha sufrido modificaciones, persiste la creencia de que la propia persona sabotea o subvierte de alguna manera su proceso de cambio (Anderson y Stewart, 1983; Singer, 1994). Todavía es habitual que los terapeutas sigan mirando la *resistencia* con ojos freudianos y pensando en términos de *beneficio secundario* del cliente (Freud, 1909/1953b; Weiner, 1975), *fuerza del hábito* (Dollard y Miller, 1950), *homeostasis* (Hoffman, 1981; Jackson, 1957), *necesidad de autoprotección* (Mahoney, 1991), *falta de motivación* (Malan, 1976; Sifneos, 1992) o *negación*. Esta perspectiva, como subrayó Mahoney, en su extensa y sistemática revisión de la investigación sobre procesos en psicoterapia, ha llevado a «uno de los puntos de convergencia más importantes entre las escuelas de pensamiento en psicoterapia: el cambio psicológico significativo raramente es rápido o fácil» (pág. 18).

Sin embargo, la investigación sobre los «estadios del cambio» indica que es necesario visitar —o quizás incluso desechar— el concepto de resistencia. El trabajo de Prochaska y sus colegas deja claro que todas las personas están motivadas. Aunque a aquellas que no compartían la motivación del terapeuta se les ha colgado históricamente alguna de las etiquetas que hemos mencionado, en esos casos sería más correcto decir que el «estadio de activación para el cambio» en que se encuentran no coincide con el del terapeuta. Una serie de hallazgos muestran que los terapeutas tienen más posibilidades de éxito en su intervención si el tratamiento encaja con el estadio de preparación para el cambio *del cliente* (Brogan, Prochaska y Prochaska, 1999; Miller, Duncan y Hubble, 1997; Prochaska, 1999; Reis y Brown, 1999). Las intervenciones adaptadas a los estadios potencian que el cliente se involucre en el proceso de tratamiento, un factor que a lo largo de 40 años de investigación se ha establecido como «*el determinante de mayor influencia en los resultados*» (Orlinsky, Grawe y Parks, 1994, pág. 361).

Desde esta visión aventajada, incluso la distinción entre formas breves y formas prolongadas de terapia parece confusa. En realidad, la duración del tratamiento tiene muy poco que ver con el éxito en sus resultados. La *eficiencia* y *eficacia* de una terapia está más bien relacionada con el trabajo en colaboración con los clientes para facilitar su

avance al siguiente estadio de cambio. Prochaska y colegas (1992) hallaron que las personas que avanzan de un estadio a otro durante las primeras sesiones de tratamiento tienen el doble de posibilidades de actuar con eficiencia para resolver sus problemas durante los siguientes seis meses. Y si se avanzan dos estadios, la posibilidad de éxito se cuadruplica (Prochaska, 1999). Otras investigaciones muestran que este avance o bien se produce al principio del tratamiento *o no se produce*. Por ejemplo, casi todos los estudios metaanalíticos a gran escala señalan que la respuesta de las personas durante las primeras sesiones es en gran medida un factor predictivo del resultado final del tratamiento (Duncan y Miller, 2000; Hubble, Duncan y Miller, 1999).

La investigación de Prochaska y colegas (1992) indica que el estadio de cambio es mejor predictor de los resultados del tratamiento que la edad del cliente, el nivel socioeconómico, la severidad del problema, las metas, la autoestima/percepción de autoeficacia, y la red de apoyo social con la que cuenta —variables que continúan utilizándose a pesar de su poca capacidad predictiva—. Al mismo tiempo, la idea de ayudar a alguien a «ponerse a punto» para el cambio, mediante el diseño del tratamiento en función del estadio concreto en que se halle, tiene la ventaja de que la metáfora que guía la práctica clínica deja de incidir en el poder del terapeuta para poner el acento en la colaboración y la facilitación. Desde esta perspectiva, los terapeutas asumen todas las cualidades de un buen amante, es decir, la capacidad de unión, de trabajo conjunto y de cooperación, en lugar de utilizar «técnicas, estrategias y otras hábiles maniobras... por el bien del cliente» (De Shazer, 1986, pág. 73). Aunque raramente se ha expresado de forma explícita, la evidencia de que disponemos sugiere que la experiencia guía a los terapeutas de manera natural en la dirección de prestar más atención a su relación con los clientes y menos a su habilidad técnica (Duncan y Miller, 2000).

En la actualidad, la teoría de los estadios se está aplicando con éxito al tratamiento de diversos comportamientos compulsivos (por ejemplo, el alcoholismo, los trastornos de la alimentación, el tabaquismo, la adicción al sexo y la ludopatía); a la violencia doméstica y al tratamiento de enfermedades crónicas (por ejemplo, el dolor crónico y la artritis); a la predicción y prevención de conductas sexuales de riesgo (por ejemplo, el uso de preservativo para prevenir el VIH); a la mejora de las competencias personales como la toma de decisiones y la adquisición de habilidades psicológicas; al fomento de conductas saludables (por ejemplo, dieta sana, ejercicio, chequeos médicos periódicos); y a la gestión del cambio organizativo (Prochaska, 1999). En una revisión de la base de datos PsychInfo desde 1988 hasta la actualidad no se hallaron estudios ni trabajos relacionados con la aplicación directa de esta teoría al tratamiento de los problemas sexuales. Este capítulo ilustra el uso del modelo de los estadios del cambio para el tratamiento de estas dificultades.

Los estadios de activación (para el cambio)

No todo el mundo necesita o desea siempre las mismas cosas... En mi opinión, un psicoterapeuta responsable respeta esos deseos, y es lo bastante flexible para abordarlos por muy diversos que sean y para ajustar sus servicios a las preocupaciones del momento de cada cliente.

MICHAEL MAHONEY (1991, pág. 280)

Se han identificado seis estadios diferenciados de «activación para el cambio»: 1) precontemplación, 2) contemplación, 3) preparación, 4) acción, 5) mantenimiento y 6) terminación (Prochaska, 1995). En general, el desplazamiento de un estadio a otro se produce de dos formas, una u otra. En la primera, el cambio avanza linealmente, de manera gradual y paso a paso a través de los estadios, de principio a fin. La segunda forma de progresión, mucho más habitual, se caracteriza por recaídas y recuperaciones a lo largo de los estadios. Un refrán popular refleja este último proceso: «Para cambiar, la gente da tres pasos hacia adelante y dos hacia atrás». También es posible que se produzcan transformaciones repentinas en los comportamientos, como le sucede a Ebenezer Scrooge en *Cuento de Navidad*, de Dickens (Miller, 1986). A continuación, se incluyen definiciones y ejemplos de los diferentes estadios. En cada caso, ofrecemos aquellas sugerencias para el trabajo clínico con mayor probabilidad de facilitar la progresión al siguiente nivel.

PRECONTEMPLACIÓN

En el primer estadio, la gente «no pretende cambiar o entrar en acción en un futuro cercano, que usualmente se mide en términos de “los próximos 6 meses”», (Prochaska, 1999, pág. 228). Bastante a menudo, se suele etiquetar a estas personas como «resistentes», «negadoras» o aquejadas de «un trastorno de personalidad». Sin embargo, puede que en realidad «no sepan» que existe un problema. En otros casos, es posible que se den cuenta de que sí lo hay, pero habitualmente no conocen la relación entre éste y aquello que ha contribuido a crearlo o mantenerlo. Puede que la gente que se halla en este estadio ya haya intentado cambiar antes, pero es habitual que al no haberlo conseguido se desmoralice y deje de pensar, hablar o leer acerca de posibles formas de solucionar el problema. Como cabría esperar, las personas que se hallan en este estadio a menudo no están interesadas en colaborar en el tratamiento (Prochaska, 1995). Muchas

veces, acuden presionadas u obligadas por otras personas o instancias (por ejemplo, padres, parejas, agentes de la libertad condicional o jueces). En estos casos, a veces se presentan a ellas mismas como objeto de coacciones o víctimas de la «mala suerte».

Un buen ejemplo de una persona que se halla en el estadio precontemplativo es el caso de Martín, un hombre nativo americano de 48 años de edad, que llevaba 12 años casado con Donna, una mujer de raza blanca de 47 años. Martín y Donna se conocieron en Alcohólicos Anónimos. Además de su pasado de adicción al alcohol, ella había tenido diversos episodios depresivos en su vida adulta, y Martín padecía hipertensión y diabetes. Donna insistió en iniciar un tratamiento y acudieron a la consulta de Karen Donahey. Durante los últimos diez años habían pasado de tener poco contacto sexual a ninguno, debido a que a Martín le resultaba difícil mantener una erección y a la ausencia de deseo sexual. Donna, aunque decepcionada por no poder mantener una relación sexual completa, estaba abierta a otras formas de contacto sexual. Sin embargo, Martín se negaba categóricamente a considerar esas posibilidades, y expresó su incomodidad respecto al sexo oral y su creencia de que la estimulación manual mutua era «otra forma de masturbación, y eso no estaba bien».

Aunque le dolía que Donna estuviera descontenta por la ausencia de contacto sexual entre ellos, Martín consideraba que su mujer debía aceptar el hecho de que la medicación que él tomaba para la hipertensión y la diabetes le incapacitaba para mantener relaciones sexuales. Quería, en cambio, que ella apreciase lo bien que la cuidó cuando estuvo deprimida y cómo la ayudó en la relación con su madre. De hecho, en una ocasión dijo: «Creo que Dios me puso en la Tierra para cuidar de Donna». Ella admitió que Martín «era un marido maravilloso en todos los demás aspectos», pero que aun así anhelaba la intimidad con él. Convencida de que su depresión estaba en parte relacionada con la falta de intimidad sexual en su matrimonio, «ansiaba una caricia de Martín». Él respondió diciendo que en su cultura los hombres y las mujeres no eran afectuosos entre sí, y que «las mujeres blancas son demasiado exigentes sexualmente». Quería que ella le aceptase tal como era.

Para ayudar a dar el primer paso a los clientes que se hallan en el estadio precontemplativo, se recomienda delicadeza. Para el terapeuta, «delicadeza» significa, ante todo, cortesía y receptividad para escuchar el punto de vista de los clientes (Miller y otros, 1997). La meta no es conseguir que los clientes *hagan* algo, sino más bien acomodarlos en el estadio en que se hallan para crear un clima favorable que les permita considerar, explorar y apreciar los beneficios de un cambio. Esto incluye, por ejemplo, proporcionarles información o ayudarles a identificar las causas, las consecuencias (positivas y negativas) y las posibles curas para sus problemas o preocupaciones (Prochaska y DiClemente, 1992). Como lleva implícito la palabra «estadio», acomodar la preparación emocional requiere que el terapeuta coincida «en la etapa» con sus clientes.

En este estadio, se puede valorar que los clientes han dado un primer paso importante cuando dan indicios de que están considerando que en algún momento será necesario llevar a cabo alguna acción.

Karen empezó a explorar lo que pensaba Martín en el sentido de que solo deseaba que su mujer le aceptara tal como era. Donna escuchó sin interrumpir y dijo después con mucha tristeza que intentaría esforzarse más para aceptarle y respetar sus sentimientos acerca de la sexualidad. Cuando Karen empezó a resumir lo que cada uno de ellos había dicho, Martín intervino de repente y dijo: «Aunque no prometo nada, si usted (Karen) me ayuda a abrirme a los sentimientos sexuales, lo consideraré». Después, se volvió hacia Donna y le dijo que no estaba seguro de lo que podría hacer, pero que como no podía soportar verla tan triste seguiría con las sesiones de terapia para ver si podía «sentirse de otra manera».

Al escuchar y reconocer los sentimientos de Martín sin presionarle a hacer algo diferente, Karen (y Donna) le permitieron reconsiderar su posición y la posibilidad de realizar un cambio. De camino a casa después de la sesión, Martín le cogió la mano a Donna, algo que hacía tiempo que no sucedía.

CONTEMPLACIÓN

El proceso de cambio continúa con un segundo estadio, la *contemplación*. Según Prochaska (1999, pág. 229), las personas en este estadio «se proponen cambiar dentro de los 6 meses siguientes». En los enfoques de tratamiento tradicionales, a menudo se llama a estas personas los clientes del «sí, pero» —aquellos que buscan afanosamente la ayuda y los consejos de un terapeuta, pero los rechazan cuando éste se los ofrece—. Con todo, las personas en el estadio contemplativo reconocen que es necesario un cambio, pero no están seguras de si éste vale la pena en términos de tiempo, esfuerzo y energía. Y además, les preocupan las pérdidas que cualquier cambio puede comportar.

Francis, una mujer de 25 años, acudió a la consulta de Karen porque era incapaz de realizar el coito con Tom, su esposo, con el que llevaba casada dos meses. No tenía antecedentes de haber sufrido abusos sexuales. Durante el noviazgo, Francis había pensado que sus dificultades se debían al sentimiento de culpa por iniciar contactos sexuales antes del matrimonio, pero ahora que estaba casada se daba cuenta de que el problema era más complejo. Además de la culpabilidad, le inquietaban muchas creencias y temores acerca de las relaciones sexuales (por ejemplo, si sería doloroso, si su vagina no sería lo bastante grande, si no lo disfrutaría, y si su marido sería incapaz de parar si ella se lo pidiese porque estaría demasiado excitado para hacerlo). Sin embargo, al mismo tiempo se sentía mal porque ella y su marido no estaban actuando como «deben hacerlo los recién casados» y expresó su deseo de ser «normal».

Aunque Tom la había apoyado mucho, se sentía cada vez más frustrado a causa de lo que él percibía como la indiferencia con que ella enfocaba el problema.

Francis: No me gustan como están las cosas ahora, pero tengo miedo al sexo. Creo que será doloroso. Mi parte de abajo no es muy grande.

Karen: Cree que su vagina es demasiado pequeña para el pene de su marido.

Francis: No estoy segura, porque nunca lo he probado. Es solo que tengo la sensación de que será muy doloroso.

Karen: ¿Alguien le ha dicho que sería doloroso? ¿Quizás una amiga? ¿O alguna pareja anterior?

Francis: No, mis amigas no hablan mucho de eso. No me gusta oírlas hablar del tema —del sexo, quiero decir—, pero sí que dicen cosas, parece que lo encuentran divertido. Mi madre intentó hablar del sexo conmigo cuando era adolescente. Me dijo que Dios creó el sexo para las personas casadas y que era bonito. Si no eras una mujer casada, no estaba bien. He hablado con ella de este problema. No para de decirme que no me dolerá, pero no puedo creerla. ¡Y tengo que hacerlo, tengo que superar esto! La paciencia de Tom no será eterna.

Karen: Se siente presionada para resolver el problema.

Francis: Sí. No es que espere disfrutar, pero solo con que pudiéramos hacerlo, eso ya satisfaría a Tom. Mientras no duela, me doy por satisfecha.

Karen: Éste es su objetivo ahora mismo.

Francis: Sí, pero no sé cómo va usted a convencerme de que no me dolerá.

Acomodar a los clientes en la contemplación requiere mucha paciencia, dada su tendencia a vacilar y a la indecisión. Un enfoque efectivo conlleva la creación de un entorno de apoyo en el que ellos puedan considerar el cambio cuidadosamente, sin sentir presión ni necesidad de llevar a cabo alguna acción (Duncan, 1989). En ciertos casos, el terapeuta puede incluso desanimar a los clientes a actuar y animarlos simplemente a reflexionar u observar.

Un ejemplo clásico de acomodación de los clientes que contemplan el cambio se puede encontrar en la instrucción de «ir despacio» que sigue la tradición de la terapia breve estratégica (Duncan, 1989; Fisch y otros, 1982). El consejo de «ir despacio» (es decir, no cambiar demasiado rápido, posponer, considerar qué grado de cambio sería óptimo) no es una intervención paradójica. Cuando un cliente contempla el cambio, aliarse con su ambivalencia es quizá la postura más empática que un terapeuta puede asumir. Después de todo, cuando la mayoría de estos clientes acuden a un terapeuta, ya han oído muchas veces que tienen que hacer algo, porque se lo han dicho otras personas o porque se lo han dicho ellos mismos.

Karen explicó a Francis que no iba a intentar convencerla de que el coito no sería doloroso (la madre y el marido ya lo habían intentado sin éxito), ni tampoco iba a recomendarle que se fuera a casa y lo intentara una vez más con Tom, sino que le dijo a Francis que bajo ninguna circunstancia intentara el coito con Tom. Le dijo que en lugar de eso, si quería, durante la semana siguiente podía probar a insertar un bastoncillo de algodón en la vagina. La incredulidad de Francis fue tan grande como su alivio.

Francis: ¿Eso es todo lo que usted pretende que haga?

Karen: No quiero que usted haga nada para lo que no se sienta preparada. ¿Le parece que mi sugerencia es un paso demasiado grande? Durante esta primera semana ¿preferiría simplemente imaginar que lo hace?

Francis (*después de pensarlo durante unos segundos*): No, creo que puedo hacer lo del bastoncillo. Alguna vez Tom ha introducido el dedo dentro de mi vagina y no me ha dolido mucho. No creo que el bastoncillo me haga daño.

Karen: Si empezara a dolerle, quiero que pare inmediatamente. Extraiga el bastoncillo, haga unos ejercicios de respiración e intente insertarlo de nuevo. Si sigue doliendo, déjelo del todo ese día. Puede intentarlo de nuevo al día siguiente.

Francis: ¿Esto es todo lo que tengo que hacer?

Karen: Sí, prefiero que vaya despacio con esto para que aumenten sus posibilidades de conseguirlo.

Francis: ¿Hablará de esto con Tom?

Karen: Sí, creo que sería buena idea que nos reuniésemos los tres la semana que viene.

Una variación de sugerir a los clientes que «vayan despacio» es pedirles que consideren los posibles «peligros asociados a la mejoría» (Fisch y otros, 1982). Este enfoque es útil para acomodar a aquellas personas que se han mantenido en la contemplación durante un período relativamente largo —los clientes con una actitud de inacción prolongada, que han llevado a cabo múltiples falsos intentos de actuar o cuyos fracasos les han etiquetado como «difíciles» o «crónicos»—. Al adoptar una postura conservadora con relación al progreso y sacar a relucir los posibles «riesgos que entraña la mejoría», el terapeuta está sugiriendo dejar el cambio de lado durante algún tiempo. Se pide a los clientes que consideren cuidadosamente cualquier riesgo que pudiera ir asociado a la mejoría, sin descartar ninguno por pequeño que sea (Duncan, 1989). Por encima de todo, es una muestra de respeto mostrar que se entiende que el cambio requiere tiempo, reflexión y a veces una adaptación radical. Al quitar presión, el terapeuta que adopta esta postura le da al cliente el espacio y el apoyo necesarios para comprometerse con el cambio.

Independientemente de la tradición terapéutica concreta que siga o aplique el terapeuta para acomodar a los clientes al estadio en que se encuentran, resulta útil retirar el dedo del botón del cambio. Si se presiona a un cliente en el estadio de contemplación, en lugar de hacerle avanzar, lo más probable es que se favorezca que se afiance más en su posición. Así, lo mejor es escuchar, mostrarse de acuerdo, dar un pequeño empujón de ánimo cuando se lo pidan, y facilitar que los clientes exploren lo que pueden ganar y perder con el cambio (Miller y otros, 1997).

PREPARACIÓN

En el tercer estadio, los clientes se preparan para «llevar a cabo alguna acción en un futuro inmediato, que normalmente se mide en términos del “mes siguiente”» (Prochaska, 1999). Lo principal en este estadio es centrarse en identificar los criterios y las estrategias que pueden llevarles al éxito. Las personas en este estadio suelen también empezar a experimentar con el cambio que quieren realizar —para determinar su alcance, ver qué sensación les causa y cuáles son sus efectos—. Por ejemplo, los clientes con problemas de eyaculación precoz prueban a dedicar más tiempo a los juegos preliminares o a modificar las condiciones en que habitualmente practicaban el sexo (Prochaska y DiClemente, 1992). En contraste con los clientes de los dos estadios anteriores —que tienen una relación con el cambio menos marcada y más delicada— a aquellos en la fase

de preparación raramente se les han asignado etiquetas psicológicas. En realidad, a menudo se les considera el cliente ideal —su firme decisión de estar en tratamiento y su intención de emprender acciones encaja con las ideas tradicionales acerca del cambio— (Prochaska y otros, 1992).

El terapeuta acomoda a los clientes en los estadios de preparación ayudándoles a identificar y seleccionar las metas del tratamiento, y también a explorar y trazar los posibles caminos para alcanzarlas. En este punto, el terapeuta puede asumir un papel más activo para sugerir posibilidades, presentar opciones de tratamiento o cambiar estrategias, y cuestionar de manera constructiva las habilidades para resolver los problemas de los clientes. Sin embargo, y al igual que sucede en todos los demás estadios, la elección es importante (Miller, 1986). Los clientes que se están preparando para el cambio tienen que ser activos en cuanto a elegir y diseñar su propia estrategia para lograrlo. Es más probable que la intervención del terapeuta sea útil si presenta alternativas o métodos diferentes de los que el cliente utiliza habitualmente para alcanzar sus objetivos. Pretender que no haya más que una forma de hacer las cosas genera resistencia y potencia el riesgo de que el cliente abandone prematuramente el tratamiento.

A Will y Sandra, una pareja de treinta y pocos años, les parecía que el sexo a veces representaba «demasiado trabajo». Will trabajaba a tiempo completo y asistía a cursos de posgrado a tiempo parcial. Sandra estaba acabando sus estudios para diplomarse y cuidaba de su hijo de tres años. Durante los dos últimos años la pareja había dedicado toda su energía a sus estudios y a cuidar de su hijo, y como resultado tenía relaciones sexuales menos de una vez al mes. Cuando las mantenían, disfrutaban mucho con ellas y se preguntaban en voz alta ¿por qué «no lo hacemos más a menudo?» Ambos dijeron que querían aumentar la frecuencia de sus relaciones sexuales a dos o tres veces al mes.

Durante la sesión inicial, Sandra y Will reconocieron que habían dejado que otras cosas «estorbaran» la práctica del sexo (los deberes escolares de su hijo, las tareas caseras, las salidas familiares con el niño, y el tiempo que pasaban con los amigos y una familia extensa), y que los dos esperaban que fuera el otro el que iniciase el contacto. Las siguientes sesiones se centraron en explorar las condiciones que posibilitaban practicar el sexo (por ejemplo, cuando el niño ya estaba en la cama o en la guardería; por la noche, cuando aún no era muy tarde; cuando durante la semana reservaban tiempo para el encuentro y tiempo para pensar y anticipar que iban a estar juntos; y cuando veían los dos un vídeo erótico para «ponerse a tono»). Se dedicó tiempo también a explorar de qué manera el erotismo de la pareja había declinado en los últimos años. Sandra, en particular, habló de su deseo de que Will y ella «volvieran a ser amantes». Cuando se le pidió que lo explicara un poco más, habló de las primeras veces que salieron juntos y del principio del matrimonio; dijo que entonces se daban masajes corporales el uno al otro, se prodigaban mimos por la mañana antes de levantarse, se dejaban uno al otro notas escritas o mensajes de voz «calientes» y jugaban a «coquetear».

Estos recuerdos reavivaron el interés y la creatividad de la pareja. Sandra adquirió lencería nueva y loción para masajes. Will compró algunos vídeos eróticos y envió a Sandra varios correos electrónicos diciéndole lo que le gustaría que hicieran juntos en la cama. Una mañana, mientras ella se duchaba, él se unió a ella. Unas pocas sesiones después, dijeron que habían decidido hacer del miércoles la noche de «la cita sexual». Sandra acordó con sus padres que les dejaría al niño durante unas horas ese día, de forma que ella y Will tuvieran la casa para ellos solos. Will salió temprano del trabajo y se detuvo en una tienda de comida gourmet para comprar algunos caprichos, y Sandra puso a enfriar el vino y seleccionó la música ambiental. Hablar sobre esa cita y planificarla potenció las sensaciones anticipatorias y mejoró su disposición al cambio. Con estos pasos específicos para revitalizar su relación sexual, la pareja se puso en marcha y consiguió su objetivo.

ACCIÓN

Después de la preparación, viene la acción. Según Prochaska, «la acción es el estadio en que las personas realizan modificaciones específicas, claras, en el estilo de vida que han llevado durante los seis meses anteriores» (1999, pág. 230). Debido a la tendencia a equiparar el estadio de la acción con el cambio terapéutico, muchos modelos tradicionales identifican erróneamente este estadio como aquel en que tiene lugar *el* tratamiento (Miller, 1986; Prochaska y otros, 1992). Sin embargo, la investigación demuestra que a pesar del sesgo histórico a favor de la acción, la probabilidad de que una persona se encuentre en este estadio al inicio del tratamiento es comparativamente *menor*. Esta falta de coincidencia explica en gran parte la persistencia del concepto de resistencia en el discurso sobre la salud mental.

Janice acudió a terapia con Scott Miller derivada por su ginecólogo, con un historial de dispareunia, que iba acompañada de irritación e infección genital severa (Miller y otros, 1997). A pesar de que le habían realizado pruebas médicas durante años, no se pudo identificar ninguna causa física que explicase lo que aquejaba a Janice, y el último de los médicos que la trató sospechó que los problemas eran de origen psicogénico. Durante la primera sesión empezó a explicar su historia:

Janice: He visto a tantos médicos durante los, bueno, durante los últimos años... He *tenido* este problema desde hace 30 años. La cosa es seria porque, he estado casada dos veces y en las dos ocasiones este problema...

Scott: Ajá.

Janice: Esto me da un poco de vergüenza. *Tuve*, sí, esas rojeces e infecciones; bueno, todos los médicos han dicho que no tenía ninguna infección, pero mis genitales siempre están inflamados e irritados.

Scott: Ajá.

Janice: ... y, en fin, el coito siempre *ha sido* doloroso, debido...

Scott (*acabando la frase*): a las rojeces y la irritación.

Janice (*aliviada*): Sí. El médico dice que son psico... (pausa).

Scott: ¿psico?

Janice: (*haciendo un gesto de afirmación con la cabeza*) psico... psicosomáticas.

Janice siguió hablando durante varios minutos, detallando su historia y explicando que había concertado hora para terapia a raíz de una reciente visita a un médico nuevo. Éste, que no le había encontrado ningún problema físico, le sugirió que considerase la posibilidad de consultar a un profesional de la salud mental. Mientras Janice explicaba todo esto, Scott simplemente escuchaba. Cuando se produjo una pausa natural, Scott aprovechó la oportunidad para señalar una frase que Janice había dicho durante los primeros momentos de la sesión y que era un indicador de que ella había realizado recientemente modificaciones específicas, claras, en su comportamiento.

Scott: ¿Ha dicho que *tuvo* rojeces e irritación?

Janice (*afirmando con un movimiento de cabeza*): Mmm.

Scott: ¿Eso quiere decir que últimamente las cosas han mejorado?

Janice (*sorprendida*): Bueno, sí.

Scott: ¿Cuál es la diferencia?

Janice: Lo he intentado prácticamente todo. He probado, bueno, los médicos han probado con todos los medicamentos: cremas, esteroides, antibióticos. Nada de eso ha funcionado, al menos no por mucho tiempo.

Scott: ¿Y últimamente?

Janice: Bueno, me he estado aplicando una mezcla de leche de magnesia y Benadryl, unas cuantas gotas de aplicación tópica en, sí, las áreas con rojeces, irritadas.

Scott: Mmm.

Janice: Y he mejorado mucho estas últimas semanas que he venido aplicándolo.

Scott: ¿De verdad?

Janice: Después de 30 años casi había perdido la esperanza de que esto, en fin, *cambiara*.

Scott: Claro. ¿Y esa mezcla le va bien?

Janice: Mmm.

Dada la larga historia de fracaso con los tratamientos de Janice, lo fácil hubiera sido pensar que no estaba motivada o que oponía resistencia al cambio. Sin embargo, al prestar especial atención a sus palabras Scott pudo destacar una diferencia radical en la percepción que tenía Janice de su funcionamiento sexual. Cuando los clientes alcanzan el estadio de acción, decimos que el cambio se está «cociendo». Algunos terapeutas podrían pensar que en este punto hay que cerrar el caso, pero explorar y reforzar el cambio, proporcionar apoyo emocional expreso, y ayudar a los clientes a hacer un seguimiento de su plan de acción, a modificarlo y a refinarlo es de una importancia fundamental para que puedan progresar al estadio de mantenimiento.

Scott y Janice continuaron su conversación, explorando de qué manera había experimentado ella el descubrimiento de una nueva solución, cómo sabía cuál era la «dosis adecuada» para cada ocasión concreta, y en qué se basaría para decidir que ya no necesitaba la «medicina». Scott también le preguntó acerca de si había hecho alguna otra cosa que hubiera podido contribuir a la mejoría.

Scott: ¿Ha habido algo más que haya representado una diferencia o que le haya sido de ayuda últimamente?

Janice (*sorprendida*): Bueno, sí. Ahora mismo, me encuentro en una situación, en fin, salgo con un hombre que conocía casi desde siempre y que es una persona maravillosa.

Scott (*complacido*): Mmm.

Janice: ... y ahora nosotros, bueno, tenemos una relación sexual.

Scott (*curioso*): ¿Cuál es la diferencia?

Janice: Por primera vez, anoche, no me dolió.

Scott: ¡¿De verdad?!

Janice (*orgullosa*): Sí, por primera vez.

Scott: ¿Y cómo ha sido eso?

Janice: Bueno, durante tres semanas... en fin, tiene mucho que ver con Steven. Nosotros, bueno, no ha habido ninguna presión. Hemos ido muy despacio y simplemente no había dolor.

Scott: ¿No había dolor?

Janice: Supongo que ayuda el hecho de que esté enamorada de Steven y no creo que estuviera verdaderamente enamorada de mi marido.

Scott: Claro. ¿Qué otra cosa puede haber que represente una diferencia?

Janice: Bueno, no estoy tan en guardia. Él es tan delicado y, bueno, tan atento conmigo. Antes de nada, estuvimos hablando y acordamos que si me dolía pararíamos y, ah, dedicamos mucho tiempo a, bueno, acariciarnos y estar tumbados uno al lado del otro, sí, a estar juntos.

Los pasos adicionales que había dado Janice —empezar una nueva relación, hablar con Steven de sus necesidades y preferencias sexuales y tomarse el tiempo necesario para excitarse antes del coito— eran indicadores claros de una persona que se halla en el estadio de acción para el cambio. Por esta razón, el tiempo que quedaba de la sesión se dedicó a identificar y reforzar las formas útiles que había descubierto la pareja para hablar sobre su relación sexual, y también a desarrollar un plan para refinar y hacer un seguimiento de su plan de acción.

MANTENIMIENTO

En este estadio el cambio continúa y se pone el acento en aquello que es necesario hacer para mantener o consolidar lo ganado. En contraste con las personas que se encuentran en el estadio de acción, las que están en el de mantenimiento «tienden menos a recaer y confían cada vez más en su capacidad para continuar con los cambios» (Prochaska, 1999, pág. 231). Esto se debe a lo que han aprendido de las dificultades y las tentaciones que se han ido encontrando a lo largo de los estadios anteriores.

Jim y Mary, una pareja de edad cercana a los 60 años, recurrió a la terapia sexual con Karen después de que un urólogo descartase una razón médica para el problema de Jim a quien con frecuencia le costaba tener o mantener una erección. Cuando sucedía eso, la pareja concluía que «esta vez no va a haber sexo» y se abstenía de cualquier otro tipo de contacto sexual.

Durante la evaluación inicial, Karen vio que Jim y Mary tenían una visión muy similar, y de alguna forma también limitadora, de su sexualidad. Para ambos, sexo era igual a coito. Los juegos sexuales preliminares consistían en besos y unos pocos minutos de caricias. El sexo oral o la masturbación para alcanzar el orgasmo no formaban parte de su repertorio sexual. Sin embargo, explorando estas cuestiones con ellos, Karen se dio cuenta de que ambos estaban abiertos a otras posibilidades. Jim se quedó sorprendido por lo receptiva que era Mary a la idea de la estimulación oral, porque él había asumido

que ella se sentiría insegura o incómoda con esa práctica. Mary dijo que nunca lo había sugerido porque pensaba que él no tenía interés en hacerlo. Ambos se rieron de su error, y estuvieron de acuerdo con la sugerencia de Karen en el sentido de que durante el mes siguiente se centraran en la estimulación oral y manual, y se abstuvieran de intentar el coito.

Durante ese tiempo la pareja aprendió que el placer sexual no depende únicamente del coito. Al eliminar esa presión, Jim empezó a sentirse mucho menos ansioso y responsable del éxito o fracaso del encuentro sexual, y, como era de esperar, pocas veces tuvo problemas de erección. La pareja descubrió que si ampliaban su definición del sexo podían disfrutar de una vida sexual mucho más variada y activa de la que habían tenido durante todo su matrimonio, hubiera o no erección.

En el estadio de mantenimiento, el terapeuta acomoda el nivel motivacional del cliente ayudándole a anticipar los retos que comportaría una regresión o una recaída. Al identificarlos, es posible desarrollar planes para prevenirlos. Por ejemplo, si en el pasado el trabajo o los viajes de un cónyuge causaron una disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales y, eventualmente, en el interés sexual de ambos, un plan de prevención puede especificar que la pareja tenga un encuentro sexual dentro de los dos días siguientes al retorno del cónyuge. De esta forma, la pareja da pasos activamente para que su relación sexual continúe siendo una parte vital de su matrimonio.

Los terapeutas también acomodan a los clientes en el estadio de mantenimiento ayudándoles a diseñar planes de retención, pensados para las inevitables recaídas que acompañan cualquier cambio. Si un cliente se encuentra con que se está deslizando por la resbaladiza pendiente de la recaída, el plan de retención le proporciona un asidero para frenar la caída antes de que toque fondo. Por ejemplo, si una pareja se da cuenta de que está volviendo a caer en los viejos patrones de comportamiento (por ejemplo, no tienen relaciones sexuales desde hace tiempo), fijar fechas para los encuentros sexuales puede ser una buena forma de volver a encarrilar las cosas.

En las últimas sesiones con Jim y Mary, Karen habló con ellos acerca de los factores que podrían causar un retroceso (por ejemplo, la fatiga, una enfermedad o la ansiedad). Ellos expresaron su confianza en que las opciones con que contaban para darse placer el uno al otro además del coito harían posible la relación sexual incluso en momentos difíciles.

TERMINACIÓN

Según Prochaska, en el estadio de *terminación* «la tentación de volver a la conducta problemática es cero, y hay un cien por cien de confianza (percepción de autoeficacia) en que no se volverá a repetir la misma situación» (1993, pág. 253). Definido así, este estadio es más un ideal que un estadio de cambio realista o alcanzable. Habitualmente, la mayoría de la gente permanece en la fase de mantenimiento, teniendo

presentes las posibles amenazas y revisando lo que necesitan hacer para mantener el cambio. Por estas razones, cuando un contacto entre cliente y terapeuta llega a su fin, la mejor opción es desear lo mejor a los clientes y dejar abierta la puerta a un posible retorno por si aparecen otros desafíos, retrocesos o preocupaciones nuevas.

Puesta a punto (para el cambio)

El progreso a través de los «estadios de activación»

Bill, consultor de software de 35 años, y Nancy, ejecutiva de una empresa, llevan casados dos años pero nunca habían podido realizar el coito. A lo largo de su relación, él había tenido potentes erecciones a partir de la estimulación oral y manual, pero las perdía cuando intentaban el coito.

Los meses previos a iniciar la terapia con Karen, la pareja oscilaba entre el estadio de cambio precontemplativo y el contemplativo, y o bien «luchaban» contra el problema o bien lo «ignoraban», alternativamente. Entonces, tal como lo describió Nancy durante la primera sesión: «Algo hizo clic. Nos íbamos a la cama y nos quedábamos allí tumbados pensando: “Tenemos que hablar de esto”. Pero no pasaba nada. No hablábamos. Y yo cada vez estaba más enfadada. Empecé a *pensar*: “¿Cómo vamos a formar una familia si nunca podemos tener una relación sexual completa?”. Y fue entonces cuando *decidí* que necesitábamos ayuda».

Bill, consciente de la frustración de Nancy, albergaba alternativamente sentimientos de arrepentimiento y de rabia. «No pueden (los sentimientos) cambiar nada», dijo. «Así que dejé de hablar del tema». Y luego añadió: «De alguna manera, me sentí aliviado cuando Nancy sugirió que buscáramos ayuda para solucionar nuestro problema».

Nancy y Bill, en el estadio contemplativo del cambio, estuvieron de acuerdo en que algo no funcionaba bien y había que cambiarlo, pero no estaban seguros —e incluso discrepaban— acerca de qué hacer. Bill, convencido de que por lo menos en parte el problema se debía a que Nancy le «presionaba», imaginaba que «las cosas irían mejor» si ella pudiera «aflojar un poco». Desde el punto de vista de Nancy, la razón por la cual ella se sentía obligada a sacar el tema cada dos por tres era justamente que él «lo evitaba». «Aflojar un poco», dijo ella, «eso es solo una excusa para ignorar el problema».

Durante la primera sesión, la pareja explicó sus puntos de vista opuestos sobre la situación, discutiendo sobre quién tenía razón. Karen escuchó atentamente a los dos, y comentó que parecía importante para la pareja no dejar de avanzar (atendiendo a la preocupación de Nancy), pero lentamente (refiriéndose a la preocupación de Bill). Bill hizo un movimiento de afirmación con la cabeza, y respondió que Nancy tenía derecho a estar preocupada, dada la tendencia que él tenía a replegarse en sí mismo y evitar las

situaciones en que podía fallar. Nancy, por su parte, expresó su voluntad de «ir despacio», porque Bill parecía que estaba predispuesto y tenía interés en abordar el problema.

Al final de la sesión Karen pidió a la pareja que dedicasen la siguiente semana a pensar cómo les gustaría que fuera su vida sexual —una tarea para realizar en casa que era consistente con el estadio contemplativo del cambio en que se hallaban—. Con el fin de darles suficiente tiempo para pensar seria y profundamente, la siguiente sesión se programó para dos semanas después.

Cuando Bill y Nancy volvieron a la consulta, cada uno de ellos explicó cómo veía el asunto. «Me gustaría hacer el amor un par de veces a la semana», dijo Nancy, «y sería muy estimulante para mí que Bill iniciara alguna vez el contacto, quisiera que el sexo se convirtiera en una parte natural de nuestra vida juntos, como pareja, que no tuviéramos que pensar: “Bueno, ¿vamos a tener relaciones sexuales? ¿Y cómo empezamos? ¿Y quién empieza?”». Bill, por su parte, dijo: «Estaría satisfecho si tuviéramos relaciones sexuales tres o cuatro veces al mes, y sin que hubiera problemas». Karen animó a cada uno de ellos a describir su punto de vista con más detalle, pero a medida que la sesión avanzaba se dio cuenta de que Bill se sentía inquieto. Le preguntó al respecto y él respondió que «algo le preocupaba».

Karen: ¿Hay algo de lo que podamos hablar ahora?

Nancy (*mira a Karen y luego a Bill*).

Bill (*mira a Karen y luego a Nancy*): Creo que sí.

Karen: De acuerdo.

Bill: Cuando pensaba en nuestra vida sexual estas dos últimas semanas, había algo que no se me iba de la cabeza...

Karen: Ajá.

Bill (*continúa*): Bueno, en la última relación que mantuve, siempre que (*mira a Karen*) Stephanie y yo... teníamos relaciones sexuales, ella... fue... ella dijo que siempre dolía... Que dolía.

Debido al dolor, Bill y su anterior pareja habían dejado de practicar el sexo completamente, después de tan solo unos pocos intentos, y él tenía miedo de que Nancy también sufriera. Para tranquilizar a Bill, ella clarificó enseguida que nunca había experimentado dolor durante el coito en sus anteriores relaciones, y le aseguró que si alguna vez sintiera dolor, se lo diría «inmediatamente».

Bill, no del todo convencido, dijo que «necesitaba tiempo para pensar sobre ello». Al final de la sesión, Karen le pidió a Bill que practicara la visualización de realizar el coito con Nancy sin que hubiera dolor, imaginando también pequeñas señales de que ella lo estaba disfrutando plenamente. Para encontrar un equilibrio entre el deseo de Bill de «ir despacio» y el interés de Nancy en «no dejar de avanzar», Karen le pidió también a la pareja que realizaran actividades placenteras sencillas que no incluyeran el coito.

La pareja llevó a cabo las tareas que se le encomendaron. En la siguiente sesión, Nancy dijo que esos placeres poco exigentes la habían hecho sentir más optimista. Para Bill, el contacto sexual y el evidente placer que proporcionaba a Nancy le hacía sentirse

cada vez más seguro de sí mismo como amante. La miraba, veía la expresión de su cara y su respuesta física e intentaba incorporar estas imágenes a la visualización del coito sin dolor.

Al identificar los criterios y las estrategias que podían funcionar y experimentar con el cambio que deseaban, pareció que la pareja se desplazaba hacia el estadio de preparación. Sin embargo, a pesar de sus progresos, Bill continuó sintiéndose inseguro respecto a hacerle daño a Nancy durante el coito. Sabía que sus temores eran «irracionales», pero seguía sin poder «sacárselos de encima».

El tratamiento permaneció en ese estadio a lo largo de varias sesiones. Aunque intentaba conservar su optimismo, Bill, notando que ella empezaba a sentirse frustrada otra vez, tenía cada vez más miedo de que a Nancy pronto se le acabase la paciencia. La presión para resolver el problema no hizo más que empeorar cuando la pareja se enteró de que la hermana menor de ella estaba embarazada. Cuando Nancy sugirió que fueran a ver a un médico para probar con la inseminación artificial —porque parecía que no iban a ser capaces de «concebir un hijo por la vía normal»—, Bill se enfadó y se negó a decir una palabra más durante el resto de la sesión.

A lo largo de las siguientes semanas, la pareja dejó gradualmente de practicar juntos los ejercicios sugeridos y Bill dejó de probar con las visualizaciones. Después de cancelar dos sesiones seguidas, Bill dejó un mensaje para Karen diciendo que «él y Nancy necesitaban tiempo para pensar». Karen, por su parte, reconociendo que la pareja había resbalado desde el estadio de preparación al contemplativo y de éste al precontemplativo, dejó a su vez un mensaje a la pareja, en el que normalizaba la difícil naturaleza del proceso de cambio, que se mueve adelante y atrás, y afirmando su voluntad de seguir trabajando con ellos.

Poco después, la pareja llamó para acordar una cita y cuando llegaron a la consulta, traían noticias de nuevos progresos. Nancy había pensado «largo y tendido» sobre cómo ayudar a Bill a superar sus temores de hacerle daño, y finalmente se le ocurrió la idea de que él la mirase mientras ella insertaba en su vagina un vibrador (de un tamaño aproximado al del pene de Bill). Él no solo respondió positivamente a su sugerencia, ¡sino que la acompañó a elegir el modelo más adecuado! Después de elegir uno y comprarlo, practicaron juntos, primero insertándolo ella y luego él. Ya estaban de nuevo en el estadio de preparación para el cambio.

Mientras la pareja refería sus progresos, Bill dijo que ahora estaba convencido de poder intentar el coito. Karen, coherente con el estadio de preparación, asumió un papel más activo, instruyéndoles acerca de cómo proceder, sugiriendo posibilidades y presentándoles opciones y estrategias. En la siguiente sesión, trajeron buenas noticias. Habían tenido relaciones sexuales completas en dos ocasiones durante la semana.

En las dos sesiones siguientes, la pareja explicó que había realizado el coito sin dificultad de dos a tres veces cada semana. Karen dedicó mucho tiempo a revisar y reforzar las estrategias que les habían llevado a sus logros. En un seguimiento realizado

tres meses después dijeron que todo iba bien y que «se estaban esforzando mucho para que Nancy quedase embarazada».

Conclusión

Todo tiene su tiempo, y todo lo que se quiere debajo del cielo tiene su hora.

ECLESIASTÉS 3:1

Estudios recientes indican que las personas progresan a lo largo de una serie de «estadios de activación» mientras «se ponen a punto» para el cambio. La cuestión importante en el tratamiento, desde la perspectiva de estas investigaciones, no es la cantidad de tiempo empleado (terapia breve frente a terapia prolongada) ni tampoco la técnica empleada (por ejemplo, psicodinámica o centrada en la solución), sino más bien elegir el momento adecuado para las intervenciones terapéuticas. Las terapias que son coherentes con los estadios de preparación para el cambio facilitan la participación, maximizando así tanto la efectividad como la eficiencia del proceso de tratamiento. El conocimiento de estos estadios puede dotar a los terapeutas que trabajan con problemas sexuales con todas las cualidades de un buen amante, la más importante de las cuales es una sensibilidad exquisita hacia las necesidades y deseos de los demás, y acerca del nivel de activación en que se encuentran las personas.

Bibliografía

- Anderson, C. M., y S. Stewart, *Mastering resistance: A practical guide to family therapy*, Nueva York, Guilford Press, 1983.
- Berg, I. K. y S. D. Miller, *Working with the problem drinker: A solutionfocused approach*, Nueva York, Norton, 1992 (trad. cast.: *Trabajando con el problema del alcohol: orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*, Barcelona, Gedisa, 1997).
- Brogan, M. M., J. O. Prochaska y J. M. Prochaska, «Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model», *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, vol. 36, nº 2, 1999, págs. 105-113.
- De Shazer, S., «A requiem for power», *Contemporary Family Therapy*, vol. 10, nº 2, 1986, págs. 69-76.
- , *Clues: Investigating solutions in brief therapy*, Nueva York, Norton, 1988 (trad. cast.: *Claves de terapia familiar breve: una teoría de la solución*, Barcelona, Gedisa, 1992).
- DiClemente, C. y J. O. Prochaska, «Self-change and therapy change of smoking: A comparison of processes of change in cessation and maintenance», *Addictive Behaviors*, nº 7, 1982, págs. 133-142.
- Dollard, J. y N. E. Miller, *Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking, and culture*, Nueva York, McGrawHill, 1950 (trad. cast.: *Personalidad y psicoterapia: un análisis orientativo en términos de aprendizaje, pensamiento y cultura*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1984).

- Duncan, B., «Paradoxical procedures in family therapy», en M. Ascher (comp.), *Therapeutic paradox*, Nueva York, Guilford Press, 1989 págs. 310-348.
- Duncan, B. L. y S. D. Miller, *The heroic client*, San Francisco, Jossey-Bass, 2000.
- Fisch, R., J. Weakland y L. Segal, *Tactics of change*, San Francisco, Jossey-Bass, 1982 (trad. cast.: *La táctica del cambio: cómo abreviar la terapia*, Barcelona, Herder, 1994).
- Freud, S., «On psychotherapy», en J. Strachey (comp. y trad. al inglés), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 7, Londres, Hogarth Press, 1953a, págs. 257-268; trabajo original publicado en 1904 (trad. cast.: «Sobre psicoterapia», *Obras completas*, vol. 6, Buenos Aires, Amorrortu, 1996).
- , «Some general remarks on the nature of hysterical attacks», en E. Jones (comp.), *Collected papers*, vol. 2, Londres, Hogarth Press, 1953b; trabajo original publicado en 1909 (trad. cast.: «Apreciaciones generales sobre el ataque histérico», *Obras completas*, vol. 9, Buenos Aires, Amorrortu, 1996).
- Hoffman, L., *Foundations of family therapy: A conceptual framework for systems change*, Nueva York, Basic, 1981.
- Hubble, M. A., B. L. Duncan y S. D. Miller, *The heart and soul of change*, Washington D. C., APA Press, 1999.
- Jackson, D., «The question of family homeostasis», *The Psychiatric Quarterly Supplement*, n° 31, 1957, págs. 79-90.
- Mahoney, M. J., *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*, Nueva York, Basic, 1991.
- Malan, D. H., *The frontier of brief psychotherapy*, Nueva York, Plenum, 1976.
- Miller, S. D. e I. K. Berg, «Working with the problem drinker: A solution focused approach», *Arizona Counseling Journal*, vol. 16, n° 2, 1991, págs. 3-12.
- Miller, S. D., B. L. Duncan y M. A. Hubble, *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*, Nueva York, Norton, 1997.
- Miller, W. R., «Increasing motivation for change», en W. R. Miller y R. Hester (comps.), *Addictive behaviors: Processes of change*, Nueva York, Plenum, 1986, págs. 67-80.
- Orlinsky, D. E., K. Grawe y B. K. Parks, «Process and outcome in psychotherapy —noch einmal», en A. E. Bergin y S. L. Garfield (comps.), *The handbook of psychotherapy and behavior change*, 4ª ed., Nueva York, Wiley, 1994, págs. 270-378.
- Prochaska, J. O., «Working in harmony with how people change naturally», *The Weight Control Digest*, vol. 3, n° 249, 1993, págs. 252-255.
- , «Common problems: Common solutions», *Clinical Psychology: Science and Practice*, n° 2, 1995, págs. 101-105.
- , «How do people change and how can we change to help many more people?», en M. A. Hubble, B. L. Duncan y S. D. Miller (comps.), *The heart and soul of change*, Washington D. C., APA Press, 1999, págs. 227-255.
- y C. C. DiClemente, «Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change», *Psychotherapy*, n° 20, 1982, págs. 161-173.
- y C. DiClemente, «Stages and processes of self-change in smoking: Toward an integrative model of change», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 5, 1983, págs. 390-395.
- y C. C. DiClemente, «The transtheoretical approach», en J. C. Norcross y M. R. Goldfried (comps.), *Handbook of psychotherapy integration*, Nueva York, Basic, 1992, págs. 300-334.
- , C. C. DiClemente y J. C. Norcross, «In search of how people change: Applications to the addictive behaviors», *American Psychologist*, n° 47, 1992, págs. 1.102-1.114.
- Reis, B. F. y L. G. Brown, «Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad», *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, vol. 36, n° 2, 1999, págs. 123-136.
- Sifneos, P. E., *Short term anxiety provoking therapy: A treatment manual*, Nueva York, Basic, 1992.
- Singer, E., *Key concepts in psychotherapy*, 2ª ed., Nueva York, Aronson, 1994.
- Weiner, I. J., *Principles of psychotherapy*, Nueva York, Wiley, 1975.

CAPÍTULO 4

ILUMINAR LA INTIMIDAD Y EL PLACER SEXUAL

Carol Hicks-Lankton

Somos el océano de la noche repleto de destellos de luz.
Somos el espacio entre el pez y la luna, mientras estamos aquí
sentados juntos.

RUMI

Este capítulo elabora el papel del terapeuta como un foco de luz que ilumina sin juicio la delicada apertura de la naturaleza íntima de cada cliente. Con los ojos, el corazón y el alma generamos nuestra «luz», y con ella enfocamos la conciencia de ese deseo de intimidad que es universal y aun así intimida. Cuando utilizo el término «intimidad» incluyo el sexo, pero también cualquier comportamiento caracterizado por un estrecho conocimiento o familiaridad, y que es parte o expresión del Yo más profundo, esencial, interior, de cada uno. El trabajo que se expone en este capítulo es cuidadoso en la manera de enfocar la intensa relación que existe entre sexo e intimidad.

Las quejas y las frustraciones a causa del sexo son temas candentes en la terapia de pareja. Los clientes acuden a mí buscando la solución más rápida posible a los problemas que amenazan con desunirlos, problemas que a menudo les avergüenza discutir ellos solos, pero que no les importa explicar a un extraño. A menudo esperan que opine, que les diga qué hacer, que aclare cuál de ellos se engaña, que señale en qué se equivocan, que les explique cómo deben actuar, que decida si son compatibles o si tienen que separarse, y que dictamine si son normales. En ocasiones me piden que utilice la hipnosis con algún propósito vagamente definido como aumentar su capacidad de excitarse sexualmente, hacer aflorar la verdad en uno u otro, o eliminar impulsos destructivos mediante algún tipo de lavado de cerebro. Antes de poder ayudarles de alguna forma, primero tengo que conocerles y hacerles saber lo que puedo y no puedo hacer, lo que voy y lo que no voy a hacer.

Expectativas y supuestos

Aunque los clientes esperan mucho de mí, lo que yo sé de ellos al principio de la relación terapéutica es muy poco. Desconozco los límites de su tolerancia, el alcance del amor que se profesan el uno al otro, cuán flexibles son sus deseos o hasta qué punto quieren cambiar las cosas. Sin embargo, confío desde el inicio en que juntos seremos capaces de poner sobre la mesa todas las piezas del puzzle y hacerlas encajar en un conjunto que tenga sentido.

Siempre albergo la esperanza de que mis clientes deseen trabajar para lograr cambios realistas, que supongan una compatibilidad entre ellos, pero, como terapeuta, el principio fundamental que me guía es estar abierta a descubrir y aceptar su forma de entender las cosas. Dirijo mis esfuerzos a encontrar sentido a cualquier cosa que surja en cada momento, para que los clientes sientan que sus necesidades se reconocen, se expresan, se aceptan, se validan y se satisfacen. Tales necesidades, de una o de las dos personas, ya sean intrascendentes o irrenunciables, sexuales, financieras o caseras, parece que siempre se hallan intrincadamente interconectadas, con independencia de cuál sea aquella que ellos señalan en primer lugar como un problema.

Para gran parte de los seres humanos, saber lo que quieren y pedirlo con delicadeza representa una tarea compleja y difícil, y esto se cumple especialmente en el terreno sexual. En la mayoría de los casos, cada miembro de la pareja declara que desea lo mejor para el otro, pero raramente cree que la otra persona desea lo mejor para él. Más bien albergan dudas y recelos, o desconfían abiertamente de la buena voluntad del compañero. A menudo, una terapia orientada a resolver las barreras que obstaculizan la confianza del uno en el otro y contribuyen a la duda y la sospecha, requiere algo más que simplemente negociar compromisos que procuren más placer sexual a ambos.

Cuando la relación de pareja es buena, las dos personas sienten que la mayoría de sus necesidades están satisfechas y consideran el matrimonio un acuerdo positivo, a pesar de sus problemas. Sin embargo, si sus necesidades individuales no están cubiertas, quizás es mejor que se separen en lugar de que cada uno de ellos persista en sus intentos de cambiar al otro. Si en la pareja hay ternura y aceptación mutua, les facilito un contexto en el que puedan compartir explícitamente sus decepciones y sus deseos, y así les sea posible valorar la viabilidad de su relación.

Barreras a la intimidad

Hay barreras importantes que obstaculizan el camino de la intimidad: expectativas culturales problemáticas, falta de concreción en la expresión de los deseos y vergüenza. Aquellos que no pueden superar tales limitaciones, se arriesgan a un triste y solitario aislamiento.

EXPECTATIVAS CULTURALES

En la cultura occidental existen grandes impedimentos para hacer algo que parezca egoísta. Pedir directamente lo que uno quiere a menudo se percibe como egoísmo inaceptable en lugar de como refrescante sinceridad. Como alternativa nada realista, muchos clientes intentan evitar este problema aferrándose a la esperanza de que su pareja adivinará sus deseos. Además, muchas personas no se permiten decir *no* cuando se les pide que hagan algo que las incomoda (especialmente en el terreno sexual), porque temen el conflicto y el rechazo de su pareja. Y otras para no parecer vulnerables plantean sus deseos y necesidades como exigencias. Y aunque todos estos elementos siempre complican tremendamente las cosas, son aún más peligrosos e intimidantes cuando se trata de necesidades sexuales.

Zack y Ellen vinieron a mi consulta para discutir la posibilidad de acabar con su matrimonio, a pesar del profundo amor que aparentemente sentían el uno por el otro. Ellen describió a Zack como egoísta e inmaduro. Él no se mostró en absoluto de acuerdo y argumentó que con todo lo que había hecho por la familia, sin duda no era mucho pedir que Ellen lavara y planchara sus uniformes, preparara la comida, se ocupara de las tareas caseras, cuidase de los niños y se mostrara dispuesta para el sexo siempre que él tuviera ganas. Felicité a Zack por aclarar sus necesidades y remarqué que era preferible hacerlo que esperar a que Ellen le leyese el pensamiento. Me mostré de acuerdo en que él tenía todo el derecho a *pedir* cualquier cosa que quisiera de ella, pero, en realidad, ¿estaba *pidiendo*? Sus «peticiones» me sonaban más a «exigencias», exigencias a su mujer para que cumpliera con las tareas que él le había asignado. Si lo que él buscaba era una pareja, y no una esclava o una empleada, tendría que encontrar la forma de preguntarle sinceramente a Ellen si ella podía y quería satisfacer sus expectativas. Esto le dio a ella la oportunidad de considerar las peticiones de él, teniendo en cuenta al mismo tiempo sus propias prioridades, intereses y obligaciones. A algunas cosas no dudó en responder que sí, pero a otras dijo categóricamente que no.

FALTA DE CONCRECIÓN

Cuando se trata de sexo, a muchas parejas les resulta muy difícil dejar claro lo que desean y lo que no desean el uno del otro. Son tan incapaces de expresar francamente lo que quieren y necesitan, como aquello que les genera incomodidad y rechazo. Sin embargo, cada uno se considera la autoridad suprema por lo que respecta a los sentimientos y opiniones del otro.

Flora y Mark se sentía frustrados y decepcionados en su relación, pero cuando explicaron sus preocupaciones me di cuenta de que aunque hablaban, yo no sabía verdaderamente lo que estaban diciendo. Iniciaron la terapia con la intención de explorar, y con la esperanza de resolver la insatisfacción sexual que había en su relación. Flora se

quejaba de que él no era lo bastante cálido y afectuoso ni previamente ni durante el encuentro sexual. Mark se quejaba de que Flora no era lo bastante divertida, juguetona y aventurera ni en la cama ni fuera de ella.

Intenté obtener algún tipo de «definición operacional» que concretase lo que expresado de manera abstracta esperaban el uno del otro, pero ninguno de los dos pudo especificar cómo se podría traducir «afectuoso» o «aventurera» en comportamientos reconocibles, realizables y deseables. Tuve la sensación de que había reticencia por parte de ambos a compartir los detalles acerca de lo que querían, pero en realidad ni ellos mismos lo sabían. Parecía que esperaban reconocer lo que les gustaba cuando lo vieran.

Como respuesta a mis sondeos, Mark se arriesgó a suponer que para que hubiese más aventura en el sexo Flora podría ponerse a dieta para tener un cuerpo como una «conejita del Playboy» y después hacer un trío. Flora dejó más que claro que una tercera persona en la cama no sería bienvenida, así que le pregunté a él si había algo que Flora pudiera hacer con el cuerpo que tenía actualmente para satisfacer alguna pequeña parte de ese anhelo suyo de más «aventura». No pude ayudarlo a que nombrase ni una sola cosa, y tampoco pude ayudar a Flora a describir cómo sería un Mark «afectuoso».

En una relación ideal, la pareja es capaz de decirse la verdad, no tomarse nada personalmente y no dar nada por sentado. Sin embargo, en muchos casos el temor al rechazo, sobre todo al rechazo sexual, dificulta que puedan hablar abiertamente de las cosas, y cada uno se dedica a intentar descifrar el significado oculto de las palabras y las acciones del otro. Yo hago todo lo que puedo por ayudar a mis clientes a sacar a la luz su mundo secreto de interpretaciones basadas en el temor, con la confianza de que esa apertura puede facilitarles otra forma de entender las cosas.

VERGÜENZA POR LOS DESEOS SEXUALES

Sarah y Mack luchaban ambos contra una depresión que, en su mayor parte, parecía que no tenía que ver con su relación, aunque los dos se culpaban mucho el uno al otro por su infelicidad. Sarah acudió a mí primero, pero hablaba tanto de Mack que pensé que era mejor que él también tomara parte en la sesiones, para que pudiera comentar lo que Sarah opinaba de algunos comportamientos suyos. La principal preocupación de ella era que, como Mack había admitido recientemente, éste había estado visitando compulsivamente páginas porno en Internet durante los últimos meses. Sarah concluyó que no podía confiar en un «adicto al sexo» al que atraían cosas misteriosas, vergonzosas y secretas, y se preguntaba qué podía hacer con un hombre que obviamente no la encontraba atractiva, que no la amaba y que probablemente acabaría por abandonarla.

Cuando les pregunté por su vida sexual actual, Sarah dijo que no tenían relaciones sexuales tan a menudo como le gustaría, debido a la falta de tiempo y las necesidades constantes de su única hija, una niña de ocho años llamada Denise. Aunque quería

muchísimo a la niña, se resentía de la presión que ésta representaba para ella.

A pesar de ese resentimiento, Sarah, inspirada por la manera tan asertiva de pedir las cosas de Denise, decidió considerar sus propias necesidades al mismo nivel que las de su hija, su marido, su perro o cualquiera que reclamase su atención. Sugerí que cada vez que ella validara las demandas de Denise como necesarias y merecidas, hiciera lo mismo con la niña que habitaba dentro de sí misma y que nunca recibió esos mensajes de su madre.

Durante las sesiones con los dos, Mack apoyó los objetivos individuales de Sarah, y juntos encontraron la manera de no culparse de manera abierta o encubierta tanto como antes, y de escucharse el uno al otro sin ponerse a la defensiva, reaccionar mal o juzgarse. Sarah dejó de hablar de los malos humores de Mack y de criticar su personalidad, y él la convenció con ternura de que la amaba profundamente, disfrutaba de estar con ella, la encontraba atractiva, y la deseaba y añoraba.

A partir de sentirse más seguros y aceptados, se desarrolló curiosidad por conocerse mejor el uno al otro, así que sugerí que podía ser el momento de explorar el significado de las incursiones porno de Mack en Internet. Sarah se sorprendió mucho cuando vio que la motivación de él para esas actividades era completamente diferente de lo que ella se temía. Mack explicó que se sentía solo, asustado y frustrado por las responsabilidades asociadas a un trabajo nuevo, a vivir en un sitio diferente, a problemas económicos y a las incesantes necesidades de Denise que Sarah había comentado. Se sentía presionado y deprimido, incapaz de hablar de su malestar con ella, y temía por su reacción si le explicaba sus incursiones en Internet, lo ocultaba y se evadía navegando por un mundo de fantasías porno, que no le exigía nada.

Sarah, muy aliviada, escuchó su explicación y le creyó. En mi último contacto con ellos, ya no decían que sí a todas las necesidades de Denise y del perro, y reservaban tiempo para ellos dos, para jugar sexualmente y de otras formas, con resultados muy satisfactorios. Persistía cierta inquietud por miedo a dejar de sentirse tan bien, pero estaban dispuestos a hacerle frente.

Hipnosis y terapia breve

A menudo utilizo la hipnosis en la terapia conyugal, pero raramente de la forma tan espectacular que los clientes esperan. Ser una profesional con la especialidad de hipnosis me procura más clientes de la media habitual, que esperan de mí que «arregle» de alguna forma misteriosa perversiones sexuales y aspectos ocultos de su pasado, o que investigue la verdad como si se tratase de *Expediente X*. Mis motivos para emplear la hipnosis son más modestos y más realistas. Lo que pretendo es que sean más conscientes y se centren más en esa conciencia, y también favorecer el conocimiento, la comprensión, el establecimiento de metas, la recuperación de recursos, y a veces la reinterpretación de sucesos pasados.

Me gusta la idea jungiana del «foco de la conciencia» que, aunque limitado en su alcance, se desplaza libremente para iluminar las sombras con su luz. En mi papel como hipnotizadora, soy el técnico que maneja ese foco, y busco iluminar los objetivos de los clientes, los obstáculos que se interponen en su camino, y las experiencias o condiciones que necesitan para alcanzar sus metas.

Tal como lo definió Milton Erickson, el trance hipnótico conlleva que el cliente mire hacia el interior de sus pensamientos, sentimientos y recuerdos. Las cuestiones irrelevantes, externas, quedan minimizadas, y la atención se centra en las necesidades y deseos que afloran en ese estado. Lo que hacemos mis clientes y yo no es una especie de excavación arqueológica para descubrir la «auténtica verdad» del pasado, sino buscar una experiencia directa de la verdad del individuo aquí y ahora.

Manejo de las discrepancias en el deseo

A menudo me piden que utilice la hipnosis para tratar a una pareja que difiere en su nivel de deseo de intimidad sexual. Cada uno de ellos es como un conductor egocéntrico que circula por la autopista de una forma que define como «normal» en términos de su propia velocidad, y que considera un «maníaco» a cualquiera que vaya más deprisa, o un «idiota» a cualquiera que vaya más lento. Usualmente, una petición de este tipo me lleva a sugerir que las necesidades sexuales no están ni bien ni mal en sí mismas, sino únicamente en relación con las que tiene la otra persona, en el sentido de similitud o de incompatibilidad. Les recuerdo a mis clientes unas escenas de la película *Annie Hall*, en la que Woody Allen y Diane Keaton se encuentran cada uno de ellos en una sesión de terapia individual con su psicólogo. Allen se lamenta de que «casi nunca practicamos el sexo, quizá solo tres o cuatro veces a la semana», mientras que Keaton se queja de que «practicamos el sexo constantemente, algo así como tres o cuatro veces a la semana».

Karen y Phil acudían a otro terapeuta, que les derivó a mí con el erróneo propósito de que «utilizara la hipnosis con el fin de ayudarla a ella a desbloquear la expresión de su sexualidad». En apariencia, había algo misterioso en ella que «funcionaba mal» e iba a hacer falta la hipnosis para arreglarlo. No acepté ese contrato, pero sí acepté el trabajo, primero con Karen sola, para ayudarla a explorar lo que deseaba en las relaciones sexuales en particular y en las relaciones personales en general. Estaba furiosa por lo que ella percibía como la inmadurez y el temperamento explosivo de Phil, que a menudo se disparaba cuando ella rechazaba el sexo con él.

Para ayudarla a conocer mejor lo que consideraba necesario para que el sexo fuera satisfactorio, le sugerí entrar en un estado de trance suave e imaginarse a sí misma con Phil mientras ambos disfrutaban de un encuentro sexual. Después de la visualización, Karen dijo que la fantasía le repugnaba. Estaba enfadada con Phil y no quería verle experimentando ningún placer, y aun así afirmaba que le amaba y que quería seguir con su matrimonio.

Durante las siguientes sesiones de hipnosis, le pedí que explorara más su interior, y que cada vez ahondara en un aspecto diferente del presente y del futuro. ¿Cómo sería un matrimonio ideal? ¿Qué tenía que suceder para que ellos se acercasen a ese estado?

Como era de esperar, Karen no pudo responder específicamente a estas preguntas, así que decidimos que necesitaba recoger datos de todas las maneras que pudiese, incluyendo practicar «sexo experimental» con su marido, para observar sus propias reacciones y ser más consciente de sus necesidades. Recomendé que utilizara la estrategia del «¿por qué no?», ante las propuestas diarias de Phil. Cuando él sugiriera ir a la cama, ella debería decirse *a sí misma* y para sus adentros: «¿Por qué no?» y después observar cuidadosamente su respuesta interna para determinar si había alguna razón importante que se opusiera al ¿por qué no? Si la encontraba, tenía que decir, simple y firmemente, que *no*.

Sin embargo, si no había ningún motivo en contra, entonces diría que *sí*, y seguiría adelante para averiguar qué podía aprender de sí misma. Phil estuvo encantado con esta idea y empezaron a tener relaciones sexuales un poco más frecuentes de lo habitual. Karen estuvo también de acuerdo en que cuando se enfadase a causa del temperamento o egoísmo de Phil, se lo diría de inmediato, pero como él estaba mucho más contento desde que había más sexo, esos comportamientos eran cada vez menos habituales.

El resultado fue que Karen no padecía ningún «misterioso bloqueo» que hubiera que eliminar. Probablemente, ella nunca tendría ganas de sexo tan a menudo como Phil, pero la experimentación le había permitido examinar y modificar su postura de juicio acerca de que el sexo no debería ser tan frecuente. Como se sentía menos enfadada y más en sintonía con su capacidad de decisión, se encontraba más cómoda en la relación sexual con él, incluso aunque nunca llegase a compartir su grado de *entusiasmo*.

EXPLORACIÓN DE FUTUROS IDEALES EN BIEN DE LA ARMONÍA

Nunca me sorprende que los clientes, como por ejemplo Karen, sean incapaces de especificar qué les gustaría que fuera diferente en su relación sexual. Al principio, por lo menos pueden hablar mucho más acerca de lo que no quieren y de lo que les desagrade de su pareja, así que les pido a cada uno de ellos por separado que lo expliquen lo más detalladamente posible. Entonces, consideran cada crítica desde todos los ángulos hasta que pueden utilizar esa conciencia acerca de lo que no quieren, como guía para comprender lo que sí desean. En ese punto, ya están preparados para compartir el uno con el otro sus propuestas en torno a lo que les gusta. Antes de que cada uno de ellos empiece a hablar, le pido al otro que se coloque en una posición receptiva, en la que escuche sin ponerse a la defensiva, en la que simplemente deje que le llegue lo que el otro explica acerca de lo que le gusta, independientemente de si eso forma parte de su realidad actual. La información resultante se podría considerar como las «llaves del reino» que uno le da al otro, en quien confía, para permitirle la entrada.

Con el objeto de facilitar aún más el proceso, me valgo de la hipnosis para ayudarlos a viajar juntos a un futuro imaginario, en el que tienen la relación más ideal que puedan imaginar, llena de experiencias positivas en áreas vitales como el sexo, la intimidad emocional, la resolución de conflictos, el poder compartido, la educación de los hijos, la gestión del dinero, y el equilibrio entre el tiempo que pasan juntos y el que pasan separados, entre otras cosas.

Mientras cada uno fantasea acerca del sexo, yo les sugiero que imaginen encuentros en los que ambos son profundamente respetuosos el uno con otro, se transmiten con o sin palabras los deseos de su corazón y experimentan placer durante todo el proceso.

Cuando la pareja puede imaginar una versión matizada de una relación futura ideal, les pido que integren en el presente esos «Yo futuros», para sentir los placeres de ese logro, y después lo memoricen, para sumergirse en otro sueño dentro del sueño en que ya se encuentran, y revisen los pasos que «dieron» para lograr que ese futuro feliz se convierta en una realidad. Finalmente, les devuelvo al momento actual e invito a ambos a compartir los detalles de ese nuevo sueño con su pareja.

Los miembros de la pareja suelen tener sueños bastante diferentes. Si la terapia va bien, se muestran encantados e inspirados para ampliar y enriquecer sus fantasías individuales con detalles aportados por la otra persona. Pero si no va bien, el territorio fantaseado por cada persona coincide poco, si algo, con el de la otra. En esos casos, puede que la pareja llegue a la dolorosa conclusión de que sus destinos divergentes imposibilitan que puedan viajar felices juntos.

Dan y Natalie recurrieron a la terapia porque ella insistió en que lo hicieran. Se quejaba de que él, piloto de una línea aérea, la había estado engañando sistemáticamente con otras mujeres a lo largo de los 20 años que llevaban casados y, para que su matrimonio pudiera sobrevivir, exigía que las cosas cambiaran mucho.

La pareja no tenía relaciones sexuales desde que seis meses antes a Natalie le practicaron una histerectomía, y raramente había habido intimidad entre ellos desde mucho tiempo atrás. Natalie estaba segura de que Dan no la encontraba atractiva a causa de que tenía un poco de barriga, y también porque se comparaba a sí misma con las mujeres mucho más jóvenes con las que él había tenido aventuras. Dan encontraba difícil el sexo con Natalie a causa de problemas de lubricación con la consiguiente posibilidad de dolor, pero subrayó que sin duda la encontraba sexualmente atractiva, y aseguró que ya había renunciado a tener historias con otras mujeres. Ambos estuvieron de acuerdo en que volver mantener relaciones sexuales ayudaría a que Dan mantuviese su promesa, ya que él había dicho que el distanciamiento de su mujer le hacía vulnerable a los flirteos. Pero Natalie le dejó claro que no habría sexo hasta que él no se hiciera la prueba del VIH.

Durante la sesión de hipnosis, les pedí que imaginaran una relación futura en la que habían alcanzado los objetivos que habían identificado como deseables en una sesión anterior, y les invité a experimentar una vida positiva juntos con tanta acción y

sensaciones como fuera posible. Después de repasar cómo habían llegado a ese futuro imaginado, volvieron al presente y compartieron sus esperanzas, sus sueños y ofrecieron una definición operacional de cómo esperaban construir su relación. Ambos describieron una vida sexual juntos activa y apasionada como su principal prioridad. Natalie subrayó la necesidad de que Dan fuera absolutamente sincero, y de que además se sometiera a análisis para descartar cualquier enfermedad de transmisión sexual. Ella ya no deseaba rechazarle sexualmente, pero también quería que él la considerase una igual en cuestiones financieras, algo que Dan no permitía. A él le encantó la primera parte, pero no la segunda. Con todo, los dos querían volver a jugar juntos, en la cama y fuera de ella.

Finalmente, Dan, aunque a desgana, se hizo los análisis de sangre, que demostraron claramente que estaba sano. Con Natalie, mientras tanto, llevamos a cabo diversas sesiones de hipnosis para explorar mentalmente la salud y el funcionamiento de su cuerpo tras la operación quirúrgica, y recordar su capacidad de experimentar placer sensual y sexual, y para valorar que había conseguido curarse. Les estaban acabando de construir una nueva casa, así que usaron la romántica y virginal gran suite como escenario de fondo para ensayar mentalmente cómo sería convertirse otra vez en recién casados, y lo redondearon con votos de sinceridad y monogamia. Ella tenía presente el orgullo de poseer un cuerpo sano, al que le gustaba pasarlo bien, mientras imaginaba que iniciaba encuentros sexuales, se dejaba seducir, flirteaba, acariciaba, daba y recibía placer, y su nuevo y expresivo Yo pedía lo que le gustaba. Y sin jactarse de lo sorprendente que era haber reavivado tan repentinamente su pasión, dijeron que los resultados habían sido maravillosos.

En un seguimiento casi un año después, Nancy me comunicó que a pesar de que la intimidad sexual se había reanudado satisfactoriamente, Dan seguía resistiéndose a considerarla una igual en el tema económico. Era reservado y en muchos sentidos la trataba igual que a cualquiera de sus hijos, y tampoco quería asistir a sesiones de terapia para poder abordar las preocupaciones de ella en ese sentido. Nancy estaba resentida y se sentía impulsada a replegarse y distanciarse de él otra vez. Tristemente, aunque el reencuentro sexual había ido tan bien, eso era solo una de las múltiples facetas de la verdadera intimidad que seguía resultando esquiva para esta pareja.

Estudio de un caso

El siguiente estudio de un caso ilustra mi trabajo más ampliamente, y demuestra mis esfuerzos para construir una relación fuerte y de confianza, explorar las pautas de inmovilismo, ofrecer interpretaciones alternativas, y animar a los clientes a orientarse hacia el futuro que desean, a la vez que respetan el ritmo de cada uno y los deseos simultáneos de cambio y de estabilidad.

Shawn y Savannah, una joven pareja que trabajaba para la Marina y llevaba casada casi dos años, llego exasperada a la primera sesión. Cuando les pregunté que esperaban de mí, Savannah dijo: «Queremos poder mantener una conversación normal sin discutir constantemente». Quise saber si había algún tema concreto que fuera objeto de discusiones, y ambos respondieron enérgicamente y al unísono: «Nuestra vida sexual».

Antes de explorar con detalle las discusiones, explicaron que se habían casado después de que Shawn volviera de un despliegue militar, cuando Savannah acababa de dar a luz a su hijo, Eric. Antes de eso, ellos, como amigos y durante varios años, salían juntos básicamente para pasarlo bien con el sexo (aunque ella tenía un novio oficial). Shawn se describió a sí mismo como un «imbécil» durante ese período, y subrayó que solo empezó a considerar seriamente el matrimonio cuando ella se quedó embarazada y la relación que mantenía con su novio oficial finalizó. Sin conocerse el uno al otro verdaderamente, decidieron tranquilamente tener el niño y casarse cuando él volviese del despliegue militar. Entraron en el matrimonio con la promesa de olvidar los muchos disgustos acumulados y empezar «de cero». Sin embargo, también empezaron con un bebé de tres meses y un enfoque del sexo completamente diferente, a pesar de que la sexualidad había sido la única cosa significativa que les unía.

Entonces, más de un año y medio después, Savannah raramente tenía ganas de sexo y Shawn no solo estaba frustrado sexualmente, sino también profundamente herido por el rechazo que percibía por parte de ella. Supe que él hacía sus demandas de sexo de una forma menos que amable, malhumorado, quejándose y amenazando con marcharse de casa. Savannah, que no deseaba volver a quedarse embarazada y no podía utilizar muchos de los métodos de contracepción, exigía que Shawn utilizara un preservativo. Su demanda estaba motivada por lo que ella describió como: «Por fin me siento bien conmigo misma, he adelgazado, y necesito tiempo para averiguar quién soy yo». Shawn estaba ofendido porque ella simplemente «se lo ponía» sin avisarle o sin discutirlo primero. Aunque se oponía al condón por las razones habituales, además estaba ofendido por el rechazo y la distancia que eso representaba para él.

La segunda sesión empezó con los comentarios de Savannah acerca de su nuevo trabajo —un turno de 4 de la tarde a 11 de la noche— que iba a limitar significativamente el tiempo que pasaría con Shawn, que estaba fuera de casa cada día de 6 de la mañana a 4 de la tarde.

Carol: Supongo que eso acabará con las constantes discusiones acerca del sexo, o de cualquier otra cosa, porque ustedes dos casi no estarán en casa y despiertos al mismo tiempo.

Savannah: En realidad, esta semana no hemos discutido mucho, excepto una noche.

Shawn (*con expresión de culpabilidad*): Sí, bueno...

Carol: ¿Qué pasó?

Savannah: Me rendí.

Carol: ¿Usted se rindió y tuvo relaciones sexuales, y él se rindió y utilizó un condón?

Savannah: No, yo me rendí en los dos sentidos. Tuvimos relaciones sexuales sin utilizar un condón.

Carol: ¿Qué lo motivó?

Savannah: No quería pasar toda la noche peleándome y estaba cansada de sus rabietas.

Carol (*a Shawn*): ¿Qué ocurrió cuando se enrabió?

Shawn: Estaba tan harto de sus sarcasmos que sólo tenía ganas coger mi moto y conducir deprisa, coger curvas cerradas y hacer cambios de sentido a toda la velocidad, y cosas así.

Cuando la sesión empezó a girar en torno a insultos, desesperación y culpa, intervine para crear un enfoque positivo que facilitase una expresión y comprensión más exacta de sus posturas enfrentadas.

Carol: Este asunto del preservativo provoca mucha energía emocional. No estoy segura de si Savannah entiende lo que realmente significa una reacción tan fuerte como la de usted. Asumo que sus objeciones a utilizar un condón van más allá de las normales de cualquiera, porque se suele considerar que más vale sexo con preservativo que nada de sexo. Por supuesto que en este caso usted tuvo sexo sin condón, pero no parece que eso contentara a ninguno de los dos. Así que, la insistencia de ella en utilizar un preservativo, ¿qué significa para usted?

Shawn (*a Savannah, con lágrimas en los ojos*): Me he sentido tan herido por tu rechazo durante tanto tiempo. Antes me deseabas y ahora estás tan fría conmigo. Y que quieras que use un condón me parece una forma más de distanciarte de mí, una excusa. No se trata solo de sexo, sino del afecto. Llego a casa, me pongo detrás de ti y te rodeo con mis brazos, y tú ni siquiera dejas lo que estabas haciendo o actúas como si no pasara nada. Significaría mucho para mí que demostraras que te importo.

Carol (*a Savannah*): ¿Le parece que la comprende o hace falta que le ayude a entender cómo se siente usted?

Savannah (*a Shawn*): ¡No! ¡No exijo el condón por cabezonería o para distanciarme de ti! No es eso. Aunque no tenga tantas ganas de sexo como antes, hay ocasiones en que sigo disfrutándolo, y me siento atraída por ti también en otros aspectos que no tienen que ver con el sexo.

Carol: Entonces, ¿usted todavía siente deseo sexual por él?

Savannah: Sí, pero no quiero quedarme embarazada otra vez. Solo quiero que se ponga un condón para que podamos tener relaciones sexuales sin que yo tenga que preocuparme de qué pasaría si volviera a quedarme embarazada.

Carol: Así que usted todavía se está recuperando de las dificultades de su embarazo, y desea a Shawn, pero no quiere volver a quedarse embarazada. Parece que lo que a usted le gustaría es que él vea el preservativo como un semáforo en verde para practicar el sexo, que incluyese una póliza de seguros que garantizase incluso más sexo y otras diversiones juntos.

Savannah: Eso es. Yo se lo pedí muy amablemente, pero se enfadó muchísimo. Y además, a veces también me gustaría un poco de romanticismo y de conversación agradable tumbados en la cama, pero él ni siquiera entra conmigo en el dormitorio si piensa que no va a haber sexo.

Carol: Esto es interesante. Para dos personas que se quejan de que discuten tanto, parece que ambos desean lo mismo, y eso incluye el afecto. Los dos hablan de que se sienten heridos en sus sentimientos cuando parece que el otro le rechaza. A usted le duele ver que aparentemente Shawn no está dispuesto a acurrucarse en la cama y charlar si cree que no va a haber sexo, y Shawn no rechazaría tanto usar el condón si sintiera que usted tiene interés en sus gestos delicados y amables. Así que a mí me parece que ambos tienen ganas de sexo y también de afecto en otros momentos. Creo que tenemos una buena base para la esperanza. ¿Qué es lo que no encaja aquí?

Savannah: Supongo que no soy una persona muy delicada y además estoy tan ocupada con el bebé y las tareas caseras que quizá no le parezco muy agradable. Pero es que él se enfada tanto. Y yo siento que nunca va a venir a la cama conmigo si cree que no vamos a tener relaciones sexuales. Yo no quisiera sexo cada día, pero quizá sí una noche sí y otra no, y en medio una noche solo para acurrucarnos en la cama y charlar.

Carol: Bueno, Shawn, ¿la ha oído decir que le gustaría tener relaciones sexuales tan a menudo como una noche sí y otra no? ¿Usted lo sabía? ¿Le satisfaría eso?

Shawn (*con la boca abierta, sacudiendo la cabeza con una mirada de enorme sorpresa e incredulidad*): Oh, sí, claro.

Carol: A mí me parece que esto son buenas noticias. ¿Le parece bien esa noche en medio, solo para estar juntos en la cama y charlar?

Shawn (*todavía dando vueltas a la idea sin creérsela del todo y con ganas de desafiar a Savannah*): Dile cuántas veces hemos tenido relaciones sexuales durante este mes desde que volviste de visitar a tu familia.

Savannah: Vale. Quizás un par de veces.

Carol: El deseo de ella de sexo una noche sí y otra ya es algo, ¿no le parece? Incluso aunque las cosas hayan sido radicalmente diferentes en el pasado. A ustedes dos se les da bien sacar a relucir viejas heridas. Ya me lo han dicho. Pero ahora, Shawn, ¿sería o no suficiente esa frecuencia para usted?

Al poner de manifiesto sus logros, intenté dirigirlos hacia el futuro que deseaban y llevar la conversación lejos de dar más vueltas a frustraciones y decepciones.

Shawn: Bien, sí, ¡eso sería estupendo!

Carol: Asumo que esa frecuencia sexual iría acompañada del uso del preservativo para prevenir el embarazo, ¿no? Supongo que no querrán practicar el sexo sin protección a menos que deseen tener otro hijo.

Señalé de esa forma el nuevo significado que adquiriría el uso del preservativo: al prevenir el embarazo, se convertía en una vía abierta a la intimidad.

Savannah: ¡Sí!

Shawn: Vale, supongo que puedo hacerlo.

A pesar de su falta de interés por el sexo, Savannah todavía encontraba atractivo a Shawn, pero él interpretaba su falta de deseo como un rechazo personal. Esta creencia se confirmaba cada vez que ella no respondía a sus muestras de afecto. Al explorar el pasado de Savannah descubrimos que no la educaron para expresar su afectividad, ni por la vía de reforzar esas actitudes ni por la del modelado. Por eso comenté que su forma de interponer distancia personal era algo fundamentalmente lógico, dada la forma en que la educaron y su fuerte tendencia a la autocrítica y a dudar de sí misma. Su falta de expresividad no significaba que ella no fuese una persona amable o que no amara a su marido, aunque naturalmente Shawn lo interpretó así. Como la forma de actuar de Savannah en realidad no tenía tanto que ver con él, expuse que quizá ahora Shawn podría empezar a apreciar que los recientes pequeños «progresos» de ella en cuanto a sentirse a gusto consigo misma eran cambios que podían ser buenos para ambos.

Hablamos de los beneficios que podría reportar que clarificasen lo que deseaban y que cada uno hiciera todo lo que pudiera para responder de manera positiva a las necesidades que expresaba el otro, aunque no las comprendiera del todo o, en ocasiones, no las compartiera. A Shawn eso no le pareció tan buena idea.

Shawn (*mostrando inquietud*): Sí, pero no sé si podría encajar que ella hiciera algo solo porque le doy pena o algo parecido, sin desearlo realmente. No quiero que finja.

Carol: No hay motivo para dejar de aprender. Nunca es demasiado tarde para convertirse en la persona que uno descubre que quiere ser, aunque en su momento no se haya tenido la oportunidad de crecer de esa manera. Y si ustedes dos como pareja, y como resultado del valor que requiere expresar las necesidades, se inspiran mutuamente para ir progresando hacia ese ideal de persona, entonces puede ser maravilloso. No es que quiera que alguno de los dos haga algo que no desee de verdad solo porque el otro se lo pida, pero sí que

espero que ambos se aventuren a hacer cosas el uno para el otro que sean atractivas, incluso excitantes, a pesar de que no sean «típicas» de cada uno y de que pueda resultar un poco incómodo salir de sí mismo y actuar de esa manera.

Savannah canceló la siguiente sesión y la llamé para preguntarle si ya habían obtenido toda la ayuda que necesitaban (¡siempre tengo esa esperanza!) o si tenían problemas con la terapia. Me dijo que las cosas iban mejor, pero que no estaban preparados para dejar definitivamente las sesiones. Acordamos otra cita con el objetivo de aclarar y concretar lo que ella comentó acerca de que «habían superado algunos obstáculos y el sexo también había mejorado». Eso les permitiría valorar los cambios realizados y reproducirlos en el futuro.

Pregunté si «mejor» significaba que Shawn cooperaba y utilizaba un preservativo. Savannah dijo que había comprado algunos que a él le «hicieron mucha gracia». También añadió que quería «soltarse un poco más». Lo que quería decir con eso quedó claro durante la siguiente sesión. Los dos sonreían, y Shawn explicó que durante la semana anterior la vida con Savannah había sido más fácil. Desde que ella empezó a trabajar, no le regañaba tanto a causa de las tareas caseras ni estaba tan irritable como antes.

Carol: Eso es interesante. Ustedes trabajan mucho y están fatigados. Quizá se podría esperar que las cosas que antes les molestaban ahora les irritaran aún más, pero ¿dicen que es todo lo contrario?

Savannah: Simplemente no tengo tiempo para eso. Le veo veinte minutos al día. Le despierto para decirle que ya he vuelto y después él está en otro mundo. Si es él quien se despierta para decirme hola, al día siguiente ni se acuerda.

Carol (*a Shawn*): Parece que algo le ha puesto contento.

Shawn: En realidad, le pedí que dejara el trabajo. La echo de menos. Aunque me regañe por una cosa o por otra, por lo menos está ahí, ¿sabe? Me encuentro sentado en casa, perdido, porque nadie me dice lo que tengo que hacer. Antes de irse a trabajar, ella me deja una lista de tareas, pero cuando vuelve del trabajo está demasiado cansada para preocuparse de si las he hecho o no. Antes yo hacía teatro para fingir que me importaba, pero en realidad me daba igual.

Carol (*a Savannah*): Cuando hablé con usted la semana pasada me dijo que habían «superado algunas dificultades». Suena bien, y creo que sería bueno que explorásemos los detalles.

Shawn: Sé cuál era una de esas dificultades. Ella empezó cierta actividad sexual. Yo estaba dormido como un tronco. Y miente cuando dice que no me desperté: sí que me desperté. Sentí como ponía su mano en mi pierna y decía «¡ya estoy aquí!». Y yo estaba consciente, aunque estuviera soñando.

Carol: Así que eso le gustó.

Shawn: Sí, fue estupendo, porque cuando la convencí para que hiciera eso al llegar a casa pareció que lo haría solo por mí. Suspiró y de mala gana dijo: Está bien».

Carol: Y eso no es muy divertido, ¿verdad?

Shawn: Pues no, porque se lo digo constantemente, no se trata de sexo. Se trata de mí intentando hacer que ella se sienta bien y de ella tratando de hacerme sentir bien a mí, y si la convencí para hacerlo, sería un tonto si no lo aceptara, pero no necesito sexo. Necesito que ella se sienta deseada por mí y sentir yo que ella me desea. Si la convengo para hacer algo, no obtengo esa sensación, sino algo así como si ella dijera: «¿Te vas a dar prisa?».

Carol: Algo parecido a una batalla perdida para conseguir que ella se sienta bien haciendo algo que de hecho no quiere hacer en ese momento. Usted probablemente tiene la sensación de que en realidad hace que ella se sienta peor.

Shawn: Sí, así es. Pero no me sentí así la otra noche.

Carol (*a Savannah*): ¿Era ésa la dificultad superada de la que usted hablaba?

Savannah: Sí, y también que fui a comprar preservativos.

Shawn: Sí, eso fue estupendo.

Savannah: Y él no...

Shawn: ... protesté.

Carol: De acuerdo, esto es interesante y también sorprendente. Dígame por qué le pareció «estupendo» que ella fuera a comprar los preservativos. ¿Qué tiene eso de especial para usted?

Savannah: Para empezar, que así no tuvo que ir a comprarlos él.

Shawn: Bueno, no sé. ¿Te incomodó hacerlo? Porque a mí me incomodaría.

Savannah: Me paré en el pasillo donde los tenían y estuve leyendo lo que ponía en todas las cajas. Era la primera vez que hacía eso. Carol: Más bien parece que fue un cambio, no algo a lo que usted cedió aunque resultó bien.

Shawn: Bueno, fue estupendo porque supongo que ella sabía que yo iba a dudar al ir a comprar más y me la imagino allí diciendo algo así como: «Se nos han acabado» (*risas*).

Carol: Así que el hecho de que ella comprase preservativos es como una forma de iniciar un contacto sexual. Es como si dijera: «Oye, quiero sexo, ¿vale?».

Savannah: Bueno, yo puse interés. Nada más.

Carol: Así que eso es todo lo que hizo falta para que usted aceptara su petición de sexo con condón.

Shawn: Bueno, no creo que nunca vaya a tomármelo como un semáforo en verde para el sexo porque esto es... no lo sé. Lo que quiero decir es que ella es mi esposa y me gustaría ver... Me refiero a que conozco a mucha gente que va por ahí con cinco o seis críos, diciendo: «Huy, qué fallo». Lo único que me gustaría preguntar a toda la gente casada que conozco es: «Eh, ¿qué método anticonceptivo utilizáis? y ¿Tu esposa te obliga a usar un condón?». Porque me siento verdaderamente en minoría. Quiero ser como los demás y no usar condón.

Carol: Es decir, hay que darle un buen empujón para que lo use, porque obviamente de esa forma a usted le sigue gustando menos. Así que, ¿hace teatro cuando se muestra motivado o realmente está dispuesto a cooperar...?

Shawn: Bueno, no quiero pelearme con ella. Ay... al principio creía que ella se rendiría y pensé en seguir dándole cuerda un poco más hasta que se diese por vencida. Quiero decir, ¿cuánto más podría aguantar? Lo estoy haciendo bastante bien. Y ella nunca ha roto conmigo.

Carol: Así usted decidió seguir adelante y romper, o rendirse y dejar de intentarlo.

Savannah: Creo que los dos hemos cedido un poco en ambos sentidos.

Carol: ¿De qué forma han cedido?

Savannah: Bueno, simplemente tratando de llevarnos bien. No nos hemos estado peleando mucho. Nos hemos llevado bastante bien. Y para mí iniciar el sexo representa dar un paso en la dirección correcta. Y creo que él también lo sabe, que no va a pelearse por eso.

Carol: Parece entonces que el condón ya no representa rechazo para usted. Ella fue a comprar algunos, está iniciando algo, está dejando claro que le desea. Y ahora el condón no significa lo mismo que antes, aunque todavía resulte un poco irritante, pero nada más.

Shawn: Quería decir eso, pero, ¿sabe?, con condón o sin él, ella me rechazaba de todas formas. Muchas veces, incluso aunque me pusiera un condón, ella seguía diciendo que no. Así que el condón es una excusa, solo otra forma de poner una barrera. Ahora ya no lo siento tanto de esa forma, especialmente después de que ella iniciara el contacto.

Carol: Bueno, es una barrera.

Shawn: Sí, pero pequeña.

Savannah: Por algo se empieza.

Shawn: Por algo se empieza, sí, pero no creo que yo la haya rechazado a ella nunca. Ella no se imagina cómo se siente uno cuando le rechazan y lo que sale de eso. Es algo que me duele mucho, especialmente desde que nos casamos. Yo siempre digo: «mi esposa» esto y «mi esposa» lo otro, y es que todo cambia cuando te casas. Cuando se trataba de mis novias, no tenía tanta presión para que todo fuera bien. Y bueno, ahora no hago nada más que intentarlo. Cuando ella me rechaza, me digo: «Mi propia esposa no quiere acostarse conmigo». Eso me supera.

Carol: Bueno, ¿estamos hablando del pasado? ¿Ese sentimiento de sentirse superado cuando le rechazan es una de las cosas que ha cambiado? ¿Ya no se siente rechazado o es una cuestión de grado?

Yo pretendía que nos centrásemos en los cambios positivos y que la conversación dejase de girar en torno a las heridas y los rechazos del pasado.

Shawn: Sí, realmente es una cuestión de grado. Puedo entender que ella esté fatigada. En ocasiones, cuando me doy la vuelta en la cama y la toco, ella gime lastimera, pero otras veces me da un corte y dice: «No».

Carol: Bueno, ¿distingue usted entre las ocasiones en que ella, adormilada, no está consciente y aquellas otras en que a usted le parece que le rechaza? ¿Alguna vez ella dice no y aunque eso le decepcione no se lo toma personalmente como un rechazo?

Shawn: No (*se ríe*).

Carol: ¿Así que cada vez que ella dice «no» es un rechazo para usted?

Shawn: Sí, porque no es que nada más entrar por la puerta la bese y exija sexo cada minuto...

Carol: ¿Entonces lo que usted dice es que como no lo pide cada minuto, cuando lo pide...?

Shawn: Es difícil no tomarlo como rechazo. Porque no es que se lo pida constantemente y tenga motivo para rechazarme.

Carol: ¿Está hablando de un promedio de cantidad?

Shawn: Creo que sí.

Carol: ¿En comparación con lo a menudo que usted se lo pediría si siguiera siempre sus impulsos?

Shawn: Sí. Si ella está dormida y yo no, no intento ir a la mía como sea. La dejo dormir y duermo yo. Y si algún día estamos despiertos los dos al mismo tiempo, lo que suele suceder una vez a la semana, entonces se lo pido y ella suspira y dice: «Bien».

Savannah: No ha sido así.

Shawn: No ha sido tan malo.

Carol: Bueno, de eso es de lo que estamos hablando, de que las cosas están cambiando a mejor.

Shawn: Y en las dos semanas siguientes a la última sesión con usted, nos hemos acostado dos veces y, como ella dice, ha ido a mejor.

Carol: Bien, se están moviendo en la dirección adecuada. Y eso es bueno.

Shawn: Y además las dos veces fueron seguidas, lo que me pareció una señal de que las cosas mejoraban.

Carol: ¡Ah sí?! ¿Le gustó aunque no fue a más?

Shawn (*riéndose*): Sí.

Carol: Bueno, cuando se marcharon de aquí la última vez su máximo objetivo era acercarse a una frecuencia de una noche sí y otra no, con una noche en medio de acurrucarse juntos en la cama y charlar.

Shawn: Oh, sí. Yo lo saqué a relucir y ella dijo: «Oh, sí, ésa es una meta que quizás alcanzaremos algún día». Ésas fueron sus palabras. Y quiero aclarar una cosa más. Usted dijo la última vez que habían otras alternativas y sustitutos sexuales, como el sexo oral. Pero ella escuchaba, asentía con la cabeza y decía: Mmm», y cuando después saqué el tema dijo: «Sí, asentía con la cabeza porque estaba de acuerdo en que es un método alternativo, pero no lo voy a hacer».

Carol: Oh. ¿Era ésa una de las dificultades u obstáculos que quizás usted estaba superando o considerando?

Savannah: No.

Shawn: No, porque eso no es uno de mis...

Carol: ¿No es uno de sus placeres?

Shawn: Bueno, no, ¡no he dicho eso!

Carol: ¿No es un placer que usted obtenga de todas formas?

Shawn: Sí.

Savannah: Y no acostumbraba a obtenerlo.

Carol: ¿Con nadie? ¿O solo en esta relación en concreto?

Shawn: A nosotros dos... No es gran cosa para nosotros.

Carol: Bueno, parece que hay algún aspecto de esto que usted quiere evitar. ¿Hay alguna razón para ello?

Savannah: No, quiero decir que no es que no lo hayamos hecho nunca. Es simplemente que no me va. Carol: ¿Ni hacerlo ni que se lo hagan?

Savannah: No.

Carol (*a Shawn*): ¿Y usted lo ve igual?

Savannah (*contestando por Shawn*): No. Quiero decir que a él le gustaría, pero ya sabe que a mí no.

Shawn: Nunca se lo pido, porque diría: «Ah» y ya sé cómo acabaría la cosa.

Carol: Bueno, sin duda es una lástima, porque sería una estupenda alternativa para una pareja que solo utiliza condones como método contraceptivo. Sería una agradable opción al uso de preservativos o a la abstinencia; obtener placer sin usar un condón podría ser como una recompensa adicional por utilizarlo otras veces. Pero, no funcionaría si no es placentero, o al menos tolerable, para las dos personas.

Insistí en subrayar los éxitos que habían logrado para que se convirtieran en pasos estables, sólidos, en la dirección que querían tomar. A pesar de que ambos estaban claramente complacidos por sus progresos, continuó la ambivalencia de Shawn acerca del uso de preservativos y el trasfondo de rechazo que sentía, a pesar de que la evidencia demostraba lo contrario. Explorando las posibilidades de que se «soltaran un poco más» los dos, supe que Savannah no estaba dispuesta a practicar sexo oral.

Sin embargo, en la siguiente sesión, ambos hablaron de que querían soltarse en un aspecto aún más significativo: dejar el sarcasmo habitual entre ellos, que era una de sus pautas de relación más omnipresente y destructiva. Antes de abordar el tema, quise explorar primero cómo se producía esa situación y si de alguna manera les reportaba un beneficio. Cuando les pregunto a mis clientes si necesitan continuar con algo que es problemático, no pretendo realizar una «intervención paradójica», sino que intento respetar su ritmo y sus necesidades a la vez que les ayudo a orientarse al cambio.

Carol: Bueno, ese sarcasmo es algo que ustedes tienen en común, y yo no sé cuál podría ser, pero supongo que debe haber una buena razón para ello, ¿no? Quiero decir que no lo harían si no sacaran algo con eso.

Savannah: Los dos lo alimentamos. Él dice algo y yo respondo algo peor, y entonces él sale con alguna cosa todavía peor, etc. Es algo muy típico nuestro.

Carol: ¿Creen que eso es algo que cada uno hace para protegerse del daño que pueda causarle el otro? ¿O es una forma de mantener una distancia de seguridad entre los dos? ¿Para no acercarse demasiado el uno al otro, aunque, sin duda, a algún nivel, desean intimar más que ahora?

En respuesta a mis preguntas, ella explicó que los dos habían aprendido en la infancia que estar en guardia era una buena forma de evitar que te hicieran daño.

Savannah: Y además la desilusión es algo que probablemente me afecta mucho, porque parece que en mi vida, no importa de qué se trate, cuanto más espero algo, más me desilusiona. Así que, sí, seguramente tiene mucho que ver con eso.

Carol: Le parece más seguro no esperar mucho y darlo de entrada por perdido.

Shawn: Los dos sabemos que es así. Es algo a lo que llevamos tiempo enfrentándonos.

Carol: Cuando les conocí, y ustedes explicaron que al casarse tomaron la decisión de olvidar las ofensas y empezar de cero, me impresionó mucho la manera tan racional de enfocarlos. Denota madurez y a mucha gente no se le ocurre tomar este tipo de decisiones en su matrimonio. Parece que ahora es el momento de volver a hacer eso mismo a otro nivel. No sé lo que podría pasar. No sé si sería un poco temerario dejar de lado el sarcasmo, porque no sé hasta qué punto lo necesitan. Pero si se atreven a establecer un acuerdo experimental de «nada de sarcasmo» durante una semana, podremos ver qué pasa y quizá conocer si necesitan o no seguir con eso. Así que, durante ese tiempo, cada vez que sientan el impulso de salir con algún sarcasmo, van a dar marcha atrás y pensar: «Un momento, ¿es esto lo que realmente quiero decir?», o «¿qué es lo que de verdad pretendo expresar disfrazado de sarcasmo?». Porque la única razón que se me

ocurre para abstenerse de intentarlo es que cada uno de ustedes tenga una buena razón, una razón válida, para no confiar en que el otro será capaz de encajar lo que tiene que decirle, o para creer que no le importa lo suficiente como para apreciar el regalo de su sinceridad. Y creo que ustedes ya han superado esa prueba. Creo que se importan mucho el uno al otro.

Savannah: Oh, sí. Confío en él.

Carol: Es como si ese sarcasmo estuviera obsoleto. Es un mecanismo de defensa que ambos saben muy bien cómo utilizar después de años de entrenamiento en el pasado, pero que no parece que tenga sentido ahora. No da la impresión de que realmente necesiten seguir con eso en su relación. Es como si tuvieran una enorme cantidad de muebles que hubieran ido acumulando a lo largo de los años, pero que no caben en el apartamento o en la casa en que viven en la actualidad. ¿Para qué almacenarlos uno encima del otro? Simplemente, desháganse de ellos, con la actitud de que esos muebles les fueron útiles, pero ya no los necesitan.

Shawn: Probablemente lo haremos. Será difícil, pero lo intentaremos.

En los minutos finales de la sesión, en la que exploramos el tipo de obstáculos habituales con los que se podrían encontrar cuando lo intentasen, hablamos acerca de tomarse en serio lo que sinceramente dijera el uno al otro, aceptando la afirmación y la intención del que lo expresa como la verdad.

Shawn dejó claro a Savannah que su insistencia en pedirle sexo o en pedirle que por ejemplo probara comida nueva no tenía que ver con intentar controlarla, sino que respondía a un deseo genuino de procurarle placer. Cuando Savannah explicó que esa insistencia habitualmente le molestaba, Shawn la tranquilizó diciéndole que siempre había querido que ella le respondiese con «toda sinceridad». Comenté que sus intenciones eran buenas y le pedí a Savannah que explicara las suyas.

Savannah: Bueno, a él le gusta algo y quiere hacerlo, y entonces busca que yo lo disfrute con él.

Carol: Y eso a usted le gusta. ¿Simplemente usted no quiere que su propio placer tenga que encajar en las preferencias de él, no?

Savannah: Exacto.

Carol: Y no se trata solo de la comida. Tiene que ver con todo, también con cosas más importantes. Y (*a Shawn*) para usted lo fundamental es procurarle placer a ella. Eso dice mucho acerca de cuánto la ama.

Shawn: Sí, la amo.

Carol: Bueno, eso son buenas noticias para usted si quiere aprender a darle más placer a ella, ¿no? Incluso aunque eso represente también aceptar su respuesta acerca de lo que desea y lo que no. Usted simplemente déjele claro que hace lo que hace porque valora mucho que ella disfrute. Y no me sorprendería que todo esto de alguna manera llevara a más sexo y más placer en general. Nos vemos la semana que viene.

En la cuarta y última sesión, Savannah y Shawn se esforzaron en explorar su tolerancia acerca de las distintas necesidades de uno y otro en áreas que no tenían que ver con el sexo, especialmente respecto a las responsabilidades asociadas a las tareas caseras y la distribución del poder financiero. Savannah dijo que no ganaba mucho dinero y que el hecho de que en las cuentas bancarias, las tarjetas de crédito o los recibos de la luz, el gas, el agua y el teléfono no apareciera su nombre la hacía sentir como «si no existiera». Y estar constante e inútilmente riñendo con Shawn a causa de las tareas caseras la hacía sentir como si fuera su madre. Él la sorprendió cuando dijo que también se sentía como «si no existiera», como si solo fuera «el que paga las facturas».

Estas revelaciones acerca de lo parecido de su sufrimiento salieron a la luz sin que se culpasen el uno al otro, lo que generó mucha ternura y compasión. Reafirmaron su intención de dejar de lado el sarcasmo a favor de expresar claramente lo que en realidad querían decir y lo que deseaban. Savannah, por ejemplo, se mostró de acuerdo en pedirle a él directamente que hiciera tareas caseras, o que la comprendiese cuando lo necesitaba. Subrayé lo bienvenido que sería este punto de partida, comparándolo con su costumbre de antes de, por ejemplo, llegar a casa y empezar a quejarse de que Shawn no había limpiado nada. Entre bromas (pero aun así en serio) comentaron un posible acuerdo por el cual Shawn pasaría el aspirador cada dos días —con la misma frecuencia con que querían mantener relaciones sexuales—. Él dijo que estaría encantado de convertirse en un «loco del aspirador», siempre que se combinaran las dos actividades para que no interfiriesen la una con la otra. Por mi parte, ni siquiera mencioné lo lejos que se hallaban de aquella demanda suya de la primera sesión, cuando todo lo que querían era poder mantener una conversación normal sin discutir de forma constante. Simplemente les felicité porque se hallaban en la antesala de un profundo y emocionante cambio en su forma de relacionarse, y ese cambio traería consigo buen sexo, y también intimidad y afecto, y conversaciones satisfactorias. Habían encontrado nuevas y significativas formas de reconocer lo importantes que eran el uno para el otro.

Comentario

Siempre me conmueve tener el privilegio de que se me permita la entrada en la zona tierna y vulnerable del mundo privado de una pareja. Una vez ahí, trabajo desde el supuesto de que todo está interconectado con todo. Así, lograr un cambio en los sentimientos y comportamientos sexuales problemáticos repercute en otros aspectos de la relación y la mejora. Aplico los mismos principios para trabajar con el duelo, resolver traumas del pasado o ayudar a la pareja a encontrar y expresar su ternura y amabilidad. Me centro en una pieza del puzle, pero sin perder de vista el conjunto.

Las parejas, por supuesto, a menudo consideran algo especial el tema del sexo, debido a que les resulta violento y embarazoso comentar ante otra persona lo que ya era incómodo de hablar en privado. Como operadora del foco que les ilumina, les apporto objetividad y comodidad, y arrojo luz suave pero firme sobre lugares delicados que se han mantenido durante demasiado tiempo a la sombra de la vergüenza. Lo hago así porque estoy firmemente convencida de que estamos buscando juntos un tesoro, y de que cuanto más escondida ha estado un área de vulnerabilidad o un secreto que se creía inconfesable, más se puede ganar cuando finalmente se descubre, acepte y celebre el poder y el beneficio que conlleva. Como observó Rumi hace mucho tiempo, reflejamos y sacamos a la luz el valor y la belleza de otro cuando le damos nuestra atención y aceptación:

De tu luz aprendo cómo amar.
De tu belleza, cómo escribir poemas.
Tú bailas dentro de mi pecho,
cuando nadie te ve,
pero a veces te veo yo,
y esa visión se convierte en este arte.

CAPÍTULO 5

LA EYACULACIÓN PRECOZ DEL DIAGNÓSTICO DE «ADICCIÓN AL SEXO»

Tracy Todd

Uno de mis amigos tiene un pequeño hábito. Se gasta un mínimo de 200 dólares al mes en ese hábito. Cada semana lee esas revistas de papel cuché consagradas al tema. Si preguntas a su mujer, te dirá que él dedica demasiado poco tiempo a su familia a causa de ese hábito. Lo explora por Internet y cuanto más estresado se siente, más lo hace.

¿Qué opina usted? ¿Mi amigo necesita asistir a un grupo de autoayuda para adictos al sexo? No, solo necesita un campo de golf. Bueno, es que es golfista. Como la mayoría de los malos jugadores de golf, pierde fácilmente 50 dólares en cuatro o cinco horas de persecución de la pelota, y después se para en el hoyo diecinueve y se toma una cerveza. La gente que no juega al golf no lo comprende, pero para él el tiempo que pasa en el campo es terapéutico. Sin embargo, si en lugar de practicar su *swing*, practicara el sexo, los comportamientos que he mencionado en el primer párrafo le clasificarían en muchos círculos como adicto al sexo.

La «adicción al sexo» es una de las nuevas etiquetas patológicas cada vez más utilizadas y aceptadas. Y también son cada vez más las personas que llaman a mi puerta en busca de ayuda con esa etiqueta pegada en la frente. «Lo explicaban en un debate de la televisión», me dijo un hombre. «Lo dice el terapeuta de mi mujer», me dijo otro. Los clientes llegan a mi consulta con gran cantidad de información que han conseguido en Internet, donde se pueden encontrar muchos instrumentos de autoevaluación, cuadernos de ejercicios para recuperarse de la adicción, y anuncios publicitarios de programas de tratamiento especializado en hospitales. Puedo anticipar que si la persona identificada como «adicta» no ha repasado toda esa información, alguna otra lo habrá hecho por él o ella y después le habrá dado a conocer el diagnóstico.

Navegue por las webs, lea los folletos de los programas o examine detenidamente la propaganda sobre la adicción al sexo, y no encontrará prácticamente ninguna descripción de lo que es sano sexualmente. Con todas las ideas parciales y sacadas de contexto acerca de la sexualidad que inundan la cultura popular, cualquiera que esté interesado en el sexo más allá de los confines del sistema de valores convencional y predeterminado puede esperar que lo cuestionen, lo acusen y finalmente lo etiqueten de adicto al sexo. Achacar la culpa al aquejado de «trastornos de la sexualidad» permite que su pareja no tenga que reflexionar sobre sí misma, y que los mal llamados especialistas justifiquen sus supuestos y su miopía para el tratamiento de los individuos por medio de describir cómo

un problema sexual localizado en uno de los miembros de la pareja afecta a los dos. O no se dan cuenta o no les preocupa la complejidad contextual del problema, y así, todos los que tienen que ver con el tema contribuyen a la eyaculación precoz del diagnóstico de adicción al sexo.

Consideraciones diagnósticas

Quiero aclarar que no encontrarán el diagnóstico de «adicción al sexo» en el *DSM-IV*. Lo más cercano en la versión actual del venerado tomo es el «Trastorno sexual no especificado», que se describe como «malestar a causa de una pauta repetida de relaciones sexuales que incluye una sucesión de amantes que el individuo percibe como objetos». No obstante, se puede encontrar ese diagnóstico en la página web del National Council on Sexual Addiction and Compulsivity (www.ncsac.org/definitions.html), donde se define como «pautas de conducta sexual repetidas y que van en aumento, y que se llevan a cabo a pesar de las consecuencias negativas para sí mismo y para otras personas».

Se ha generado un gran debate en torno a si un conjunto específico de problemas de difícil tratamiento debe ser considerado como adicciones o como comportamientos obsesivo-compulsivos (Coleman, 1989, 1992, 1996). Klein (1998) argumentó que los modelos relativos a las adicciones no distinguen entre la adicción al sexo y otros diagnósticos probablemente más graves, como los trastornos obsesivo-compulsivos o los trastornos de personalidad. Coleman (1989) fue más allá y planteó que la adicción al sexo no es igual a la adicción al alcohol o a otras drogas. En general, incluso los erróneamente llamados adictos al sexo esperan no tener que llegar a prescindir del sexo totalmente, mientras que la premisa fundamental de los programas para el tratamiento de la adicción a las drogas es la abstinencia absoluta.

Con respecto a los programas de tratamiento, las conferencias y las publicaciones mencionadas, las cuestiones clínicas y las modalidades de tratamiento se presentan como si se tratase de un cuerpo de conocimientos adquiridos a partir de una gran cantidad de investigación, cuando en realidad se ha hecho muy poca. Sin embargo, las personas que se cuestionan su sexualidad o que quieren autodiagnosticarse tienen a su alcance instrumentos de autoevaluación en Internet, que a lo único que les ayudarán es a darse cuenta de lo confundidos que están. La autora del Online Sexual Addiction Questionnaire (OSA-Q), Dana Putnam, por lo menos aclaró que los 24 ítems que componen la escala no son un test psicológico validado, y se molestó en recomendar que las personas con problemas sexuales recurrieran a un profesional especializado en esa área (www.onlinesexaddict.org/osaq.html). Y, sin embargo, los que navegan por la Red pueden diagnosticarse a sí mismos o a algún conocido a partir de preguntas como éstas:

- ¿Alguna vez le han pillado mirando contenidos sexuales en el ordenador?

- ¿Se ha masturbado alguna vez delante del ordenador mientras miraba pornografía en Internet o ha realizado actividades sexuales virtuales con otras personas en la Red?
- ¿Invierte dinero en material sexual o en contactos sexuales en las páginas web de pago?
- ¿Ha dedicado tiempo a mirar material sexual o a contactos sexuales en la Red, cuando ese tiempo podría haberlo pasado con su familia, sus amigos o su pareja?
- ¿Ha acumulado cargos en la tarjeta de crédito por el pago de cuotas para acceder a contenidos sexuales en Internet?

Patrick Carnes, autor del Sexual Addiction Screening Test (SAST) aconsejó que este cuestionario se utilizase como ayuda para la evaluación, pero al mismo tiempo lo presentó como un instrumento con una gran base de investigación (www.sexhelp.com/sast.cfm). Proporcionaba amablemente el número de teléfono de un hospital con el que la persona que navegaba por la Red podía contactar, si la puntuación que había obtenido en el test le había asustado lo suficiente, pero también sugería la posibilidad alternativa de recurrir a un profesional de la salud especializado en *adicciones*. He aquí algunos de los ítems del test:

- ¿Sufrió abusos sexuales en la infancia o la adolescencia?
- ¿Compra habitualmente novelas románticas o revistas con contenidos sexuales explícitos?
- ¿Le invaden a menudo pensamientos sexuales o ensoñaciones románticas?
- ¿Alguna vez su cónyuge (u otras personas significativas) han mostrado preocupación acerca de la conducta sexual de usted?
- ¿El sexo o las fantasías románticas son una forma de evadirse de sus problemas?

A pesar de que sus autores advierten de las limitaciones de los cuestionarios, es fácil que una persona que no es experta en la materia y busca comprenderse a sí misma interprete los resultados como fiables. Los terapeutas y los programas de tratamiento basan las decisiones clínicas en instrumentos que no cumplen con requisitos imprescindibles como la validez y la fiabilidad de los datos. No sé qué opinará usted, ¡pero a mí me daría miedo calcular qué puntuación podría obtener en algunas de las variables evaluadas de esa manera! Encuentro alarmante que se me pueda considerar una adicta al sexo si, en épocas de estrés, dejo volar mis pensamientos hasta aquella pequeña pelirroja tan mona con la que estuve saliendo años atrás. Si, por otro lado, me esfuerzo para no pensar en ella y decido evitar el sexo, me arriesgo a que me etiqueten como —ahí es nada— «aquejada de anorexia sexual», que se define como «un estado obsesivo en el cual el empeño emocional, mental y físico de evitar el sexo domina la vida de la persona» (www.sexhelp.com/whatissexanorexia.cfm).

Klein (2002) hizo una buena crítica del enfoque de la adicción al sexo, en términos de los supuestos basados en la patología, las consideraciones sin tener en cuenta el contexto, y el sesgo cultural y político de esa perspectiva. Cualquiera que sea el diagnóstico con el que llegan los clientes a mi consulta, yo dirijo mis esfuerzos a escuchar con mucha atención la historia que ellos explican. Algunos cuestionan las etiquetas que les han colgado, otros ya han empezado a caer por la pendiente de construir el conjunto de su identidad sexual como adictos al sexo. En ocasiones, tengo éxito cuando les insto a cuestionar directamente sus creencias basadas en déficits, otras veces, no. Aun así, estoy aprendiendo que con paciencia y un profundo compromiso para permitir que su relato se vaya desplegando, puedo escuchar la historia de la adicción sexual de mis clientes y también intervenir para favorecer su salud.

Este capítulo expone con detalle un conjunto de supuestos terapéuticos, que utilizo como directrices para guiar mi trabajo con los clientes que acuden preocupados por cuestiones relativas a la adicción al sexo. Debido a que los clientes de los casos que expongo fueron etiquetados como «adictos al sexo» a partir de diversas fuentes, un especialista en adicciones podría objetar que, como no se les había hecho una evaluación exhaustiva, no se trataba necesariamente de verdaderos «adictos». Sin embargo, a todos ellos, el convencimiento de que su diagnóstico de adicción al sexo era correcto les causaba un gran sufrimiento, ya fuera porque ellos mismos habían asumido ese diagnóstico, o por que otra persona importante en su vida lo había aceptado como «la verdad».

Supuestos de trabajo

SUPUESTO 1. LA ERRÓNEAMENTE LLAMADA ADICCIÓN AL SEXO ES UN PLANTEAMIENTO ORIENTADO A SOLUCIONAR UN PROBLEMA DIFERENTE

Mi primera premisa y la más importante es que la «adicción» representa una tentativa equivocada de resolver algún otro problema o dificultad. En algunos casos, esta conducta puede ser un intento de demostrar sensibilidad hacia el compañero o compañera.

Una pareja, convencidos los dos de que el marido, Terrell, era un adicto, acudió a terapia después de que él buscara sexo a través de un servicio de acompañantes. Pocos años antes, la pareja se había distanciado en su relación, y entonces Terrell había empezado a explorar la pornografía. La esposa de Terrell, Juanita, padecía una dolencia física que le causaba tanta fatiga que no le quedaba energía para el sexo. Terrell se encontró aislado, y se sintió egoísta por su deseo sexual y por la carga que éste podía representar para Juanita. Sus escauceos con la pornografía fueron a más, en la misma medida en que crecía el distanciamiento entre él y su esposa. En la literatura sobre

adicción al sexo, este aumento gradual se considera la evidencia confirmatoria de que existe una adicción (Carnes, 2003; National Council on Sexual Addiction and Compulsivity, 2000).

La solución por la que optó Terrell de no cargar sobre Juanita el peso de un deseo egoísta produjo el clásico doble vínculo. Acercarse sexualmente a ella causaba sufrimiento, y buscar relaciones sexuales alternativas también. El primer paso terapéutico que di con ellos fue preguntarle a él: «¿Qué está intentando solucionar cuando explora otras opciones sexuales?». Terrell respondió: «No presionar a mi esposa con mis necesidades egoístas». Si descomponemos esta sencilla frase veremos que contiene dos mensajes muy potentes: considerar los avances sexuales como «presión» y el deseo sexual como «egoísta».

En lugar de centrarnos en la «adicción sexual» de Terrell, nos dedicamos a explorar cómo resolver esas dos preocupaciones. Fue significativo que las soluciones a las que llegamos tuvieran que ver casi exclusivamente con potenciar la intimidad emocional, y no con aumentar la frecuencia de las relaciones sexuales. Al final, los dos se quedaron sorprendidos al ver que podían valerse de las incursiones de Terrell en la pornografía para mejorar su vida sexual. Aunque a Juanita todavía le dolía que Terrell hubiera recurrido a un servicio de acompañantes para obtener sexo, reconoció que en última instancia eso había fortalecido su relación.

A veces, la «adicción al sexo» se podría entender como un torpe intento de mejorar una relación, porque en realidad la empeora. Brett explicó que había querido «insinuar» a su esposa, Suzie, que su vida sexual podría ser más dinámica, así que empezó a mirar pornografía en Internet, y a comprar revistas, libros y vídeos pornográficos. Suzie, que desconocía sus intenciones, sentía que era inadecuada como pareja y que él se apartaba de ella porque no le bastaba, lo que Brett interpretó en el sentido de que tenía que insinuarse más descaradamente. La situación fue a más, y tuvo como resultado que Brett recurriese cada vez más a la pornografía en Internet, y Suzie dejara de tener relaciones sexuales con él y buscara asesoramiento psicológico. El asesor nunca vio a Brett, pero le diagnosticó adicción al sexo (basándose en el relato de Suzie acerca del creciente interés de él por la pornografía) y recomendó que buscaran ayuda psicológica lo antes posible.

Cuando llegaron a la primera sesión conmigo, Brett estaba enfadado por la etiqueta que le habían colocado, y Suzie se sentía reforzada en el sentido de que ella no era «inadecuada», sino que la culpa de la situación en que se encontraban la tenía la adicción de él. Ambos se sorprendieron cuando les pregunté: «¿Cuál creen ustedes que era la intención de Brett cuando empezó a introducir material sexual en su relación?». Como la situación ya duraba varios años, ninguno sabía qué decir. Finalmente, Brett explicó que sus esfuerzos iban dirigidos a mejorar su vida sexual como pareja. Suzie recordó alguna de las sugerencias más sutiles de Brett y reconoció que entonces había pensado que él

«solo estaba bromeando». Los dos hicieron observaciones bastante profundas acerca de su forma de relacionarse y sobre la posibilidad de que se hubiera podido evitar esa dolorosa situación si hubiera habido más comunicación entre ellos.

Las personas solteras a las que han identificado como «adictos al sexo», preocupadas, como debe ser, por practicar sexo seguro y mantener relaciones sanas, a menudo responden de forma diferente a mis preguntas acerca del problema que intentaban resolver. Linda, una mujer de casi 30 años a quien le iba muy bien en su trabajo como comercial, vino por cuestiones relacionadas con la «intimidad». Con un sueldo de seis cifras, pocas deudas y un paquete consistente de inversiones, estaba orgullosa de su disciplinada carrera y de sus decisiones financieras, porque le permitían ser independiente en el caso de que se divorciara del hombre que esperaba conocer algún día, y porque así podría criar ella sola a los hijos que pudiera tener con él.

No estaba dispuesta a que una relación prematura e insatisfactoria pudiera estropear sus planes. Mientras tanto, Linda satisfacía sus necesidades sexuales con unas cuantas cintas de vídeo y un vibrador. Sus amigos la acusaban de evitar las relaciones sexuales porque les tenía miedo, y uno de ellos le hacía bromas en el sentido de que le gustaban más las caricias de un vibrador que las de un pene de verdad. Linda no estuvo de acuerdo con la idea de que «evitaba las relaciones porque las temía», pero reconoció que había aumentado la frecuencia con que se masturbaba y el número de cintas de vídeo que compraba, y eso la había llevado a cuestionar su sexualidad y a preguntarse si no sería una adicta al sexo.

Como su voz tenía un tono de culpabilidad cuando describió emotivamente su situación, le pregunte: «¿Qué está intentando resolver practicando el sexo en solitario?». Su respuesta, acompañada de una carcajada, fue sucinta: «Quiero centrarme en mi carrera y, cuando haya alcanzado ciertas metas, buscar una pareja». No quería involucrarse emocionalmente con nadie o arriesgarse a iniciar una relación mientras aún no hubiera alcanzado la seguridad y el bienestar económicos a que aspiraba, pero no se le iba de la cabeza una de las preguntas del test de evaluación de las adicciones sexuales que había realizado: «¿Gasta cantidades significativas de dinero en complementos sexuales o pornografía?». Un amigo suyo había decidido que la cantidad de 50 dólares mensuales que Linda dedicaba a complementos para practicar el sexo en solitario era un claro indicador de su adicción, con independencia del hecho de que el gasto no representara para ella tener que privarse de otra cosa. La preocupación de su amigo propició que Linda se sintiera aún más culpable.

Le hice una observación en el sentido de que su gasto de 50 dólares contribuía a lograr sus metas económicas, y que cualquier persona podía utilizar una estrategia de inversión como ésta. Cuando paró de reírse, le pregunté cuánta gente soltera conocía que estuviera gastando 50 dólares o más por *semana* en el golf, y qué tipo de efectos adversos estaba causando en la vida de tales personas ese gasto caprichoso.

A medida que fuimos hablando, Linda se fue encontrando más cómoda con la idea que no era una adicta al sexo. Antes de finalizar la terapia, definimos qué constituía para ella el sexo sano en solitario, y establecimos los parámetros que la ayudarían a determinar si estaba desarrollando o no una adicción al sexo. Estas definiciones y límites fueron importantes, porque potenciaron la confianza en sí misma en el sentido de que no iba a desbaratar sus planes personales y financieros a causa de su adicción sexual.

De manera similar, Brian, también de veintitantos años, inició la terapia a causa de una supuesta adicción sexual. Le iba bien en su trabajo y habló con un consultor del programa de asistencia a empleados de su empresa para plantearle una pregunta sobre su carrera. De alguna manera, acabaron hablando de las prácticas sexuales de Brian, y el consultor me lo derivó para el tratamiento de su adicción sexual.

Brian estaba convencido de que hacer vida social y conocer mujeres en bares y clubes era una pérdida de tiempo y algo potencialmente dañino. La probabilidad de encontrar a una compañera compatible en lugares así era bastante pequeña y demasiado grande la posibilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual. En lugar de eso, gastaba 30 dólares a la semana en pornografía, que utilizaba para masturbarse. Como veía lo fácil que sería gastar esa cantidad en copas y demás, no encontraba razón alguna para preocuparse. También tenía cuidado con lo que hacía: nunca navegaba por las páginas de contenido sexual de Internet en horas de trabajo. Le pregunté qué resolvía practicando el sexo en solitario.

Brian: Así dejo margen para poder desarrollar una relación sana. Quiero evitar los problemas que comportaría involucrarme en una relación sexual sin futuro.

Tracy: ¿Funciona esa solución? Quiero decir, ¿de esa forma evita un comportamiento promiscuo, a la espera de desarrollar una relación de noviazgo con una persona?

Brian: Sí.

Tracy: Bien. ¿Sus gastos ponen en peligro su economía?

Brian: No.

Tracy: Hasta que le derivaron aquí, ¿se sentía culpable o avergonzado a causa de su sexualidad?

Brian: No. Mis padres tenían una mentalidad abierta y nunca quisieron que el sexo nos avergonzara.

Tracy: Estupendo. ¿Quiere hablar de su carrera profesional?

Brian (*con gran alivio*): Sí. Por eso fui al consultor.

Este caso es un excelente recordatorio de la importancia que tiene escuchar verdaderamente a los clientes. Imagine el susto que se llevó Brian cuando su consulta relacionada con cuestiones profesionales resultó en que le derivasen a tratamiento para adictos al sexo.

SUPUESTO 2. LA ERRÓNEAMENTE LLAMADA ADICCIÓN AL SEXO PUEDE SER UN CHIVO EXPIATORIO

Viviendo como lo hacemos en una sociedad que se obsesiona con el sexo y al mismo tiempo lo niega, es fácil tener un punto de vista crítico acerca de los comportamientos sexuales. Con esto en mente, presto atención a la posibilidad de que

aquellos que no participan en la terapia (los miembros de la familia, los amigos, etc.) y también algunos profesionales utilicen al cliente como chivo expiatorio, cargándole a él con la culpa para evitar considerarse a ellos mismos parte del problema (lo que representaría que ellos también necesitarían la terapia). Cuando las personas que son parte fundamental del sistema se han instalado en el diagnóstico de adicción al sexo, es fácil que un terapeuta entre en esa misma actitud mental y centre su atención en una única persona, creando así sin darse cuenta otros problemas. Para evitar esos desastres involuntarios, me gusta (durante la conversación) llevar a mis clientes al campo de golf.

Tracy: Cindy, si sustituyera *sexo* y *pornografía* por la palabra «golf», ¿seguiría disgustada?

Cindy (*riéndose*): No. Disfruto con el golf.

Tracy: Permítame que la cuestione un poco. Si fuera el golf lo que estuviera causando los disgustos, ¿querría que nos centrásemos en el golf o en esos sufrimientos?

Cindy: Buena pregunta. Estoy resentida por la falta de compromiso de la familia y por el tiempo que dedican al golf sin mí. Así que no se trata de sexo, se trata de no comprometerse con la familia.

Tracy: Déjeme aclarar esto. ¿Consideraría un objetivo terapéutico aceptable conseguir que Blake se comprometiese más?

Cindy: Sí.

En ese punto, pudimos empezar a establecer conjuntamente objetivos aceptables para Cindy y para Blake, poniendo el acento en la interacción familiar y el compromiso de él con su esposa.

SUPUESTO 3. LOS TERAPEUTAS TIENEN QUE SENTIRSE CÓMODOS CUANDO HABLAN DE COMPORTAMIENTOS SEXUALES

Cuando se discute sobre la adicción al sexo, lo habitual es que surjan muchas emociones, y a veces los comportamientos y valores que salen a relucir pueden incomodar al terapeuta. Aunque valoro lo singular e interesante de las revelaciones de mis clientes, en ocasiones también me incomodan. Tengo que poder escuchar y hablar de conductas sexuales que van más allá de mi propia experiencia, y reservarme el sobresalto o la vergüenza que me puedan causar; de lo contrario, me arriesgo a generar aún más vergüenza y culpabilidad en personas que ya han tenido de sobra. Por ejemplo, hace unos años, abrieron un «club para parejas» cerca de mi consulta, lo que provocó que muchas parejas me pidieran consejo acerca de hacerse socias. Cuando supe de las actividades que comportaba ser miembro del club, me encontré pensando, pero no diciendo: «¡Yo *nunca* haría eso!».

Experimentar un conflicto directo con los propios valores y comportamientos es parte integral del trabajo con temas sexuales. Entonces, me pareció de crítica importancia o bien pasarle el caso a un colega o revisar con él el problema en cuestión y crear metas terapéuticas conjuntamente. Lo más frecuente es que baste con mantenerme centrada en los problemas, pero a veces necesito explorar el origen de mi incomodidad y discutir con un colega la mejor forma de evitar que ese malestar minimice la efectividad terapéutica.

Yo tengo ideas propias acerca de lo que constituye una sexualidad sana, y aunque a menudo mis clientes piden mi punto de vista, el compromiso que asumo con ellos es respetar y sacar a la luz el *suyo*, de forma que podamos llegar juntos a algún tipo de perspectiva *compartida*.^{*} Esto contrasta de pleno con la corriente de la adicción al sexo, que, como expuso Klein (2002), establece un conjunto de comportamientos «aceptables» y aboga por decisiones de políticas públicas dirigidas al control de la sexualidad. Yo habitualmente empiezo el proceso de llegar a un entendimiento mutuo haciendo preguntas sobre «excepciones» y «milagros» (De Shazer, 1988):

- «¿Alguna vez ha definido el sexo de una manera sana o más sana que ahora?»
- «¿Qué pasaba cuando su actividad sexual era satisfactoria?»
- «¿Qué estará pasando, cuando en el futuro usted pueda definir el sexo de una manera sana?»

Éstas son algunas de las respuestas habituales:

- «Nunca lo hemos hablado.»
- «Mi pareja no hablaría de eso.»
- «Simplemente “lo sabré” cuando ocurra.»
- «¿Por qué tendríamos que hablar del sexo?»
- «En este momento mi pareja se halla demasiado disgustada para discutirlo.»

Las preguntas sobre excepciones y milagros me ayudan a conocer el lenguaje sexual de mis clientes y proporcionan elementos para la conversación terapéutica. Cuando los clientes pueden identificar que hubo tiempos en que su sexualidad era más sana, empiezan a relajarse y se sienten aliviados al ver que aún hay esperanza de que mejore su vida sexual.

Ben sospechaba que su mujer, Lisa, tenía adicción al sexo. Eran miembros de un club sexual que tenía normas estrictas en el sentido de no presionar a sus miembros a hacer algo que los incomodara. Ben y Lisa se habían hecho socios un año antes de acudir a mi consulta, porque les gustaba mirar cómo otras personas tenían relaciones sexuales en su presencia, pero Lisa se sentía frustrada con el mero voyeurismo. Había dejado de interesarle ver vídeos pornográficos con Ben, y lo que deseaba era realizar grabaciones de vídeo de ellos mismos y mantener relaciones sexuales públicamente en el club mientras otras personas miraban.

Al ver el ardiente interés que tenía Lisa en esas posibilidades y que constantemente hablaba del asunto, Ben empezó a temer que fuera una «adicta». Antes de que vinieran a la primera sesión, él le había puesto límites al sexo; se abstenía de relaciones sexuales en casa y también iba menos al club. Les pedí que hablaran de los diversos significados que

el sexo pudiera tener para ellos. Para sorpresa de Lisa, Ben describió una relación en la que el sexo acentuaba la intimidad y los lazos afectivos, y puso menos el acento en el placer. La sesión fue muy emotiva, y ellos hablaron de lo que cada uno quería de la relación y de qué manera el sexo podía ayudarles a alcanzar esos objetivos, para después crear conjuntamente una definición de lo que era el sexo sano para ellos. En esta nueva definición incluía acudir al club cuando se sintieran con ganas de ser «malos» y de «mirar». Lisa dijo que le daba vergüenza haber perdido la perspectiva acerca de la intimidad emocional que conlleva el sexo.

Como ya he mencionado, a los clientes solteros les resulta a veces más difícil definir lo que es una sexualidad sana, debido a los muchos estigmas asociados al sexo en solitario. Además, hay quien cree que si una persona soltera no está saliendo con alguien o no va detrás de encuentros sexuales, es que tiene «problemas» o está evitando las relaciones porque le pasa algo. Si una persona que está sola disfruta de la pornografía o del cibersexo, es probable que se sienta culpable porque piense que eso no es una «forma normal de relacionarse».

Ya desde el mismo principio de la primera sesión, Sam salió con: «Mal si lo hago y mal si no lo hago». Como no comprendía del todo lo que quería decir, le pedí que me lo explicara mejor. Dijo que como le gustaba el anonimato, la seguridad y los contactos creativos que ofrecía el cibersexo, estaba pagando una cuota de acceso a chats de contactos dedicados exclusivamente a «emparejamientos». Durante los últimos seis meses había estado chateando tres o cuatro veces a la semana, y cuando un amigo le sugirió que podía ser un adicto al sexo, decidió consultar al programa de asistencia a empleados de su empresa.

El consultor estuvo de acuerdo con el diagnóstico de su amigo y derivó a Sam a mi consulta. Antes de nuestro primer encuentro, Sam había obtenido bastante información sobre adicciones sexuales a partir de diversas páginas web. Por eso no me sorprendí cuando dijo: «Quiero ser sincero con usted y no negar las cosas». Al ver que había adoptado la jerga que se utiliza en esos contextos, le pedí que me hablase más de lo que significaba su afirmación de: «Mal si lo hago, mal si no lo hago».

Sam explicó que estaba contento de lo que obtenía del cibersexo y de los contactos que había hecho; también le preocupaba que si establecía una relación con una persona «real» antes de estar preparado para ello, lo haría por motivos equivocados (aunque más aceptados socialmente). Sin embargo, lo que otras personas le habían dicho apuntaba a que evitaba las relaciones, era un adicto al sexo en Internet, temía la intimidad «real», o todas esas cosas a la vez. Había llegado a la conclusión de que era verdaderamente un adicto y que disfrutar con esas actividades en la Red no estaba bien.

Cuando Sam finalizó la terapia lo hizo con una renovada sensación de comodidad con su forma actual de expresión sexual, después de que aclarásemos que el cibersexo no le estaba causando problemas económicos que le obligaran a privarse de otras cosas, no estaba afectando significativamente otras relaciones y no era tan diferente de tener un

interés continuado en otra actividad como por ejemplo el golf. Sin embargo, antes de despedirnos, discutimos en profundidad cómo podía tratar el asunto con el amigo que se había preocupado por él y que, como Sam sabía, consideraría el hecho de dejar la terapia como un fracaso en solucionar sus problemas. A veces la terapia es complicada y se encuentra influenciada por la «presencia» de clientes desconocidos o silenciosos.

SUPUESTO 5. ALGUNOS CLIENTES NO ESTÁN EN LA CONSULTA

Es habitual que otras personas distintas de las que se hallan en la consulta tengan una influencia en el curso y en el resultado del tratamiento. Un progenitor, una pareja, un amigo o un profesional que ya ha llegado a una conclusión acerca de los problemas sexuales de un cliente, puede tener una gran influencia en lo que éste asume acerca de su problema. Soy consciente de que el hecho de que me muestre en desacuerdo con esa conclusión o no cumpla con determinadas expectativas de tratamiento coloca al cliente en una situación difícil. En momentos así, solo se puede seguir adelante con la terapia después de tranquilizar a esa tercera parte.

El asesor matrimonial de una pareja me derivó al marido, Ed, debido a que era un «adicto al sexo», y me dijo (después, por teléfono) que siempre asignaba la etiqueta de «adicto» a cualquiera que por cuestiones sexuales creara trastornos y generara ansiedad en su relación. Ed no tenía ninguno de los síntomas que típicamente se asocian a ese diagnóstico. Dispuesto a esforzarse por su matrimonio, describió sus actividades e intereses sexuales como un intento de conseguir que su mujer se involucrara más activamente en la vida sexual de ambos. Deseaba ansiosamente «un cambio» que fuese de ayuda en las sesiones conyugales, pero no era optimista respecto a que el terapeuta le escuchara objetivamente. Después de conocer los intentos de Ed para introducir novedades en la vida sexual de la pareja y cómo alteraban a su mujer, el terapeuta le había dicho a él: «Necesita ayuda para su adicción» y continuó evaluando la relación conyugal teniendo en cuenta únicamente la perspectiva de la esposa.

Con la intención de coordinarme con el otro terapeuta, le llamé y sometí a su aprobación la evaluación que había realizado de mi cliente, citando instrumentos de evaluación de la adicción sexual bien conocidos, para apoyar mi conclusión de que Ed, de hecho, *no* era un adicto.* Me centré después en ayudar a Ed a hacer oír su voz en las sesiones con su esposa.

SUPUESTO 6. LA TERAPIA FUNCIONA MEJOR CUANDO SE EVITA LA CULPA Y SE PONE EL ACENTO EN LA SOLUCIÓN

Elaborar soluciones en lugar de tratar de explicar las situaciones contribuye a crear un entorno terapéutico más productivo (Furman y Ahola, 1992). Cuando los clientes llegan con información sobre la adicción al sexo, muchos de ellos asumen que en la

terapia se examinarán los factores causales, tales como la familia de origen y los procesos adictivos. Discutir estos factores, incluso aunque se haga con una habilidad excepcional, puede llevar a la gente a creer que «algo o alguien tiene la culpa». Una alternativa a este enfoque es realizar inmediatamente una lluvia de ideas acerca de posibles soluciones, y ayudar a los clientes a reconocer que somos un equipo, que no se está culpando a nada ni a nadie, y que todo el sistema terapéutico es parte de la solución. Respetar así el sistema de valores de los clientes evita también que se establezcan definiciones predeterminadas acerca de qué es una sexualidad sana. Como sugirió Klein (2002), los terapeutas tienen que fomentar que los clientes sean activos, y dejar que sean ellos los que marquen los cambios necesarios en la dirección deseada.

A continuación, expongo el estudio de un caso para ilustrar cómo aplico mis supuestos terapéuticos a mi trabajo.

Estudio de un caso

Louie, un hombre de casi 50 años, vino a mi consulta con su esposa, Brenda, después de que le arrestasen por abordar a una prostituta en otra ciudad. Me derivó el caso el consejero matrimonial de la pareja, que prefería esperar a que se resolviese el problema de adicción de Louie antes de seguir trabajando con ellos. Brenda, que ya asistía a terapia individual con otro terapeuta para encontrar la manera de hacer frente a la adicción de su marido, le acompañó a la primera sesión que él tuvo conmigo para asegurarse de que no fuera a negar los problemas que tenía. Deseaba tanto como Louie salvar su matrimonio, y se mostró de acuerdo en informarme ocasionalmente de cualquier dificultad que surgiese. Respiré profundamente, al ver que Louie ya venía con un diagnóstico confirmado por el asesor matrimonial, por el terapeuta de su esposa, por ella misma y quizá también por él.

PRIMERA SESIÓN*

Como es habitual, abrí la sesión preguntando a Louie y a Brenda: «¿Cómo sabréis que ya no es necesario seguir viniendo aquí?». Ambos estuvieron de acuerdo en que eso ocurriría cuando Louie se hubiera recuperado de su adicción al sexo y ellos pudieran volver a las sesiones con el consejero matrimonial. Al preguntarles cómo se había llegado a ese diagnóstico, los dos dijeron que había sido a partir del arresto y subrayaron las conclusiones de los otros terapeutas. Brenda añadió que Louie miraba las páginas de contenidos sexuales en Internet y también vídeos para adultos, y demandaba sexo constantemente.

Louie no recordaba que hubiese un historial de adicciones en su familia. Aclaré que aunque yo podía no estar de acuerdo con la etiqueta de «adicto al sexo», tampoco la rechazaba. Cuando les expliqué que el *DSM-IV* no incluye un diagnóstico formal de la adicción sexual y que algunas personas a las que se ha etiquetado de esa manera podrían en cambio ser diagnosticadas como obsesivo-compulsivas, el tono de la sesión se modificó claramente.* Muy aliviados, Louie y Brenda se miraron el uno al otro y empezaron a hacer una lista de las singulares «comprobaciones» que hacía Louie. Se aseguraba dos o tres veces de que habían cerrado todas las puertas antes de salir de casa, lo clasificaba todo por códigos de colores y por orden alfabético, se negaba a utilizar un lavabo público, utilizaba un pañuelo de papel para abrir las puertas en sitios públicos, y cosas así. Nunca consideraron que esa tendencia fuera un problema, más bien acostumbraban a bromear al respecto.

Le pregunté a Louie qué problema intentaba resolver al abordar a la prostituta, y él me respondió con sencillez: «Quería sexo y aceptación». Concluimos la sesión puntuando (Miller, 1997) la calidad de su matrimonio. Ambos le dieron un 3. Les pedí que volvieran con ideas acerca de cómo sería su relación conyugal si obtuviera un 5 o un 7.

SEGUNDA SESIÓN

Empezamos la sesión comentando el concepto y la imagen que tenían Brenda y Louie de un matrimonio que puntuara 5 o 7 en la escala mencionada. Mientras que la lista de ella se centraba en necesidades emocionales como la seguridad, el amor y el respeto, la de él se orientaba hacia la acción: las citas, los viajes y más sexo. Esta discrepancia generó cierto grado de conflicto, porque ambos estaban convencidos de cosas diferentes: Brenda de que no podría participar en tales actividades sin que hubiera antes compenetración emocional, y Louie de que había poca probabilidad de intimar sin entrar primero en acción.

Tracy: ¿Cuántas veces al día cree que Louie hace algo para cubrir sus necesidades emocionales?

Brenda: ¡Ninguna!

Tracy: ¿Está segura?

Brenda: Absolutamente.

Tracy: Louie, ¿está usted de acuerdo con eso?

Louie: Bastante.

Tracy: De acuerdo. Brenda, por favor, informe a Louie asintiendo con la cabeza o «con algún otro gesto» cada vez que en su relación con usted él haga algo que no sea irrespetuoso o que no represente una insinuación sexual.

Brenda: De acuerdo.

Tracy: Louie, por favor, cuando Brenda le informe de esos comportamientos que ella valora, fíjese en cuáles son y piense en cómo podría hacerlos más frecuentes.

Louie: De acuerdo.

Al final de la sesión, Brenda me recordó que ellos no habían acudido a mí en busca de asesoramiento conyugal, sino a causa de la obsesión de Louie con el sexo. Consideré que su comentario era de una importancia vital por dos razones. La primera es que tenía razón. Y la segunda es que su lenguaje había cambiado: la meta era ahora ayudar a Louie con su *obsesión*, no con su *adicción*. Le di las gracias a Brenda por su recordatorio y por aclarar que, desde su punto de vista, Louie necesitaba solventar su obsesión sexual. Después acordé una sesión individual con él.

TERCERA SESIÓN

Louie dijo que había aprendido mucho a partir de las tareas que les encomendé realizar, pero que ahora quería que hablásemos de sus tendencias obsesivas y de su sexualidad. Estaba desconcertado por sus obsesiones, que hasta hacía poco no había considerado problemáticas, porque para él siempre habían representado cómodas rutinas que le ayudaban a ser más eficiente en su trabajo y a sentirse más seguro. Quería también que yo conociese su historia sexual previa al matrimonio con Brenda, incluida su primera experiencia a los 14 años con una vecina de más edad, y la violación de que había sido víctima por parte de un hombre. Desde una edad temprana había creído firmemente que el sexo era únicamente una gratificación inmediata —no un proceso que culminaba con ella—, que no era una relación, sino simplemente «algo que se hacía» para sentirse bien.

Le pregunté a Louie si creía que había un nexo entre sus tendencias obsesivo-compulsivas y sus preferencias sexuales. Después de una larga pausa, comprendió la relación entre ambas cosas. El sexo siempre había sido un placer para él, por lo menos hasta antes de casarse, porque había una rutina que seguir y no era necesario tener en cuenta a los demás, y lo mismo ocurría con sus comportamientos rutinarios —por ejemplo, tocar los pomos de las puertas— que le hacían sentirse bien, independientemente de lo que otros pudieran pensar al respecto. Revisando la lista de las cualidades emocionales que la esposa de Louie apreciaría en él (respeto, atención, sensibilidad), hablamos de la gratificación diferida que comportaban y de si tenían que ver con el sexo. Louie estaba convencido de que las relaciones se desarrollan por fases, de forma que decidimos que lo mejor sería que él averiguara, antes de la siguiente sesión, qué consideraría su esposa u otras mujeres como «fases» sanas de una relación que en algún momento fuera también sexual.

CUARTA SESIÓN

Mientras realizaba estos pasos programados para desarrollar una relación sexual sana, Louie se dio cuenta entre sesiones que nunca había pensado mucho en las necesidades emocionales que hay que tener en cuenta para mantener relaciones sexuales. Acordamos que en lugar de considerar cómo crear las condiciones esenciales para que su pareja consintiera en practicar el sexo, se dedicaría a crear *intimidad* entre ellos. Y se encontró pensando en el sexo, por primera vez en su vida, no como la característica fundamental de una buena relación, sino simplemente como un beneficio adicional.

Le pregunté qué deseaba de una relación *aparte* del sexo y Louie dijo que tres cualidades: diversión, risas y buena compañía. Le preocupaba, sin embargo, que como Brenda había «cambiado tanto» quizá no fuera la persona adecuada para cubrir tales necesidades. Cuando le pregunté cómo lo hacía antes para que hubiera diversión y humor en su vida con Brenda, él recordó tiempos en que no era tan crítico, en que se esforzaba para resultar atractivo y deseable para ella, y en que no esperaba que cada contacto entre ellos tuviera que acabar en sexo. Como había potencial para que se produjeran más cambios de ese tipo, decidió que necesitaba, y deseaba, una «actualización del software» sobre relaciones, pensamientos y habilidades.

QUINTA SESIÓN

Louie había asistido a un seminario sobre «autoestima» unos años atrás, y se había fijado en que cuando se les pidió a los participantes que se definieran a sí mismos, todo el mundo con excepción de él describió varias cualidades personales, como ser cariñoso o un amigo leal. Afligido, concluyó que él era superficial. Pero ahora, al menos podía redactar una «lista de actualizaciones» que incluyera la sensibilidad, el respeto, una actitud cariñosa, ser deseable (para conversar) y asumir riesgos. Como tareas para casa, le pedí que asignara acciones a cada una de esas cualidades, con el fin de establecer una rutina de trabajo para practicarlas, y que encontrase a alguien que le considerara capaz de hacerlas.

SEXTA SESIÓN

Louie había completado parcialmente el programa, parecido a una tabla de ejercicios físicos para ponerse en forma, realizando acciones diarias y semanales, pero tuvo dificultades para hacer operativas algunas de las cualidades deseadas, como ser cariñoso o un amigo leal. Juntos hicimos una lluvia de ideas sobre comportamientos que podrían contribuir a esas cualidades, por ejemplo, escuchar, invitar a discutir un tema, y evitar comentarios negativos o sarcásticos, entre otras.

Consideró que su entorno familiar era un buen lugar para empezar a «actualizar sus habilidades» y llevó a su hija de 12 años y a una amiga de ella a un concierto, algo que habitualmente haría su esposa, y se concentró en divertirse, en reír y en no darle sermones a su hija. Se lo pasaron estupendamente juntos. Su hija le invitó a «salir por ahí» con ella y su amiga, y le dijo que parecía que esta última encontraba que su padre era «guay». Enterarse por casualidad del comentario de la amiga de su hija tuvo en él un impacto más profundo que cualquier otra cosa que pudiera recordar en mucho tiempo. Sugerí que continuara realizando cosas nuevas y compartiendo los resultados con aquellas personas que confiaron en que podía hacerlas.

SÉPTIMA SESIÓN

Louie inició la sesión comunicándome que ésa sería la última vez que nos veríamos. Su empresa cerraba. Cada día se despedían compañeros de trabajo y, ansioso, explicó que no estaba seguro de cuánto tardaría él en marcharse también. Sin embargo, él se había valido de esa situación como una oportunidad para mostrar sensibilidad, respeto y afecto. También había decidido colocar su tabla de rutinas en sitios públicos, por ejemplo en su archivador y en su escritorio del trabajo, y en la nevera de su casa.

Brenda apreciaba sus metas y sus esfuerzos, y sus hijos, que también le animaban, estaban notando diferencias significativas. Incluso los conocidos le hacían comentarios de apoyo. Aquellos sentimientos positivos eran nuevos para él, pero dijo que había empezado a comprender cómo podían acentuar sus sentimientos sexuales.

Sabiendo que aquella podía muy bien ser nuestra última sesión, refinamos su «rutina de actualización», identificamos que quería ser capaz de diferir su deseo de gratificación inmediata, evitar los esfuerzos compulsivos/rutinarios en pos del sexo, y concentrarse en llegar a ser emocionalmente deseable para su esposa.

RESULTADOS

En conversaciones telefónicas de seguimiento, Louie informó de mejoras continuadas: cada vez se sentía emocionalmente más cerca de su familia, y Brenda ya no evitaba el sexo. Aunque a él le hubiera gustado que las relaciones sexuales fueran más frecuentes, comprendía que eso estaba interrelacionado con su comportamiento emocional. Con una rutina de actualización que ahora se había ampliado a una página entera, ya no se sentía como un «neandertal» y sus colegas seguían apreciando los cambios que se producían en él. Una mujer en concreto mencionó que apreciaba que la escuchase y que estaba encantada de que ya no la «desnudara» ni a ella ni a sus amigas

durante la conversación. Aunque sorprendido y avergonzado al ver que se habían dado cuenta de un comportamiento que él había considerado como discreto, se sintió de todas formas apoyado.

COMENTARIO DEL CASO

Este caso me planteó muchos retos. En primer lugar, estaba irritada con los otros profesionales de la salud por hacer diagnósticos a la ligera. Sin embargo, comprendía la necesidad de proteger la confianza de Brenda y Louie en los terapeutas con los que iban a seguir trabajando, así que me refrené y no dije lo que pensaba de aquellos profesionales de la psicología popular.

En segundo lugar, y como Brenda me recordó, no habíamos establecido un contrato de tratamiento como consejera matrimonial. Y aunque estaba convencida de que Louie podría haber «actualizado» aún más su lista si Brenda también hubiera tomado parte en las sesiones, me limité a trabajar únicamente con Louie.

En tercer lugar, tenía que mantenerme centrada en los objetivos de Louie relacionados con el sexo, y evitar la tentación de dispersarme con otros temas: sus tendencias obsesivo-compulsivas, la violación que sufrió cuando era joven y cuestiones relacionales generales. Louie validó repetidamente mi creencia de que los clientes no necesitan terapia para todas las cuestiones que muchos terapeutas consideran como problemáticas.

Este caso es un ejemplo de la aplicación de mis supuestos terapéuticos al trabajo con personas diagnosticadas de adicción al sexo. Louie identificó con toda claridad qué era lo que estaba intentando resolver con su comportamiento sexual: quería más sexo y más aceptación. Este reconocimiento, y relacionar sus conductas con sus tendencias obsesivo-compulsivas, le ayudó a librarse de mucha culpabilidad y vergüenza. No sé si Brenda estaba utilizando a Louie como chivo expiatorio, pero los otros dos terapeutas del caso se dieron prisa a adjudicar a Louie las dificultades sexuales del matrimonio.

Al comprender que había tres clientes fuera de la terapia (los dos terapeutas y Brenda), consideré importante para Louie hacer públicos los objetivos de la terapia, o por lo menos hacérselos saber a Brenda, para que ésta pudiera confirmar si la terapia de Louie estaba siendo efectiva. Habría preferido que Louie hubiera definido más explícitamente su idea de una sexualidad sana, pero intercambiar información con Brenda le ayudó a integrar su forma de entender las cosas con la de ella.

El aspecto que me satisfizo más de este caso tuvo que ver con los cambios sistémicos. La terapia de Louie le ayudó a cambiar su forma de relacionarse con Brenda, con sus hijos y con sus compañeros de trabajo, y mejoró la posición de la familia, la reputación de Louie en el trabajo y su autoestima. Como padre «guay» y colega respetuoso, se sintió orgulloso de despertar a una vida emocional y de que sus compañeros de trabajo apreciaran su afecto y compromiso con ellos. Cuando vino a

terapia por primera vez, no le importaba llevarse bien con sus colegas, mientras el trabajo quedara terminado. En cambio, hacia el final estaba sinceramente interesado en cómo estaban llevando sus compañeros la transición al desempleo.

Conclusiones

Estoy convencida de que en esta sociedad tan negativa con el sexo, es de suma importancia ayudar a los clientes a explorar y crear conjuntamente los parámetros de una sexualidad sana. Evaluar y diagnosticar demasiado rápido una «adicción sexual» es simplemente echar más leña al fuego de la cultura de la vergüenza. Escuchar desde una perspectiva basada en la fortaleza y orientada a la solución valida el contexto, la cultura y las pautas relacionales de los clientes. Y además, esta postura atribuye al cliente la responsabilidad de hacer los cambios necesarios que satisfagan las expectativas contextuales y relacionales.

Por supuesto, las definiciones sociales de lo que es una sexualidad sana seguirán evolucionando. Es posible, e incluso probable, que algún día incluyan el cibersexo y el sexo por teléfono. Pero nosotros, como terapeutas, no necesitamos esperar que otros se pongan al día. Si respetamos el contexto del cliente, entonces también podremos respetar los comportamientos sexuales que encajan en su categorización de las cosas, sus elecciones y sus objetivos. Sin ese respeto, y armados con el temor social tan extendido ante cualquier actividad de búsqueda de placer repetida o frecuente, podemos fácilmente caer en el diagnóstico de adicción al sexo.

Mis supuestos de trabajo, el inequívoco malestar que me causa el uso de instrumentos de evaluación que pretenden ser definitivos y que están demasiado al alcance de cualquiera, y mi compromiso para potenciar los puntos fuertes, los recursos y la resistencia de los clientes, entran en juego cuando se trata de nadar contra la corriente de una industria de la salud mental basada en la patología. Soy una especialista en terapia breve que busca formas rápidas de retardar la eyaculación precoz del diagnóstico de adicción al sexo de mis clientes (y de otros terapeutas). Si puedo ayudarles a descubrir aspectos sanos de sus preferencias sexuales, disminuirán sus temores y su vergüenza, y podrá comenzar el cambio terapéutico.

Bibliografía

- American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4ª ed., Washington D. C., Author, 1994.
- Carnes, P., «Dr. Carnes's resources of sex addiction and recovery», extraído de <http://www.sexhelp.com/sa_q_and_a.cfm>, 28 de julio de 2003.
- Coleman, E., «Sexual compulsion vs. sexual addiction: The debate continues», *SIECUS Report*, vol. 14, nº 6, 1989, págs. 7-10.

- , «Is your patient suffering from compulsive sexual behavior?», *Psychiatric Annals*, vol. 22, nº 6, 1992, págs. 320-425.
- , «What sexual scientists know... About compulsive sexual behavior», *Society for the Scientific Study of Sexuality*, vol. 2, nº 1, 1996, extraído de <http://www.sexscience.org/publications/index.php?category_id=440&subcategory_id=334>, 28 de julio de 2003.
- De Shazer, S., *Clues: Investigating solutions in brief therapy*, Nueva York, Norton, 1988 (trad. cast.: *Claves de terapia familiar breve: una teoría de la solución*, Barcelona, Gedisa, 1992).
- Furman, B. y T. Ahola, *Solution talk: Hosting therapeutic conversations*, Collingdale, Pensilvania, DIANE Publishing, 1992.
- Klein, M., *Why there's no such thing as sexual addiction and why it really matters*, artículo 8, marzo de 1998, extraído de <<http://www.sexed.org/arch/arch08.html>>, 28 de julio de 2003.
- , «Sex addiction: A dangerous clinical concept», *Electronic Journal of Human Sexuality*, nº 5, 2002, extraído de <<http://www.ejhs.org/volume5/SexAddiction.htm>>, 28 de julio de 2003.
- Miller, G., *Becoming miracle workers: Language and meaning in brief therapy*, Nueva York, Aldine de Gruyter, 1997.
- National Council on Sexual Addiction and Compulsivity, *Definitions*, 2000, extraído de <<http://www.ncsac.org/definitions.html>>, 28 de julio de 2003.

CAPÍTULO 6

SALIR DE MI CONSULTA Y ENTRAR EN SU DORMITORIO

Thorana S. Nelson

El humor en el terreno sexual suele causar hilaridad, pero cuando las personas consideran su relación sexual como un chiste, lo más probable es que sientan rabia, tristeza o desesperación. Los clientes, temerosos de que no haya solución para su frustración y su dolor, muchas veces presentan inicialmente otras quejas: crianza y educación de los hijos, conflictos conyugales, depresión, ansiedad o «problemas de comunicación». Algunos hablan de falta de intimidad y la mayoría luchan por expresar sus preocupaciones.

Yo tiendo a ignorar las áreas de *contenidos* de la terapia, aquello que a los clientes les apura, de lo que hablan y contra lo que luchan. Como terapeuta formada en la línea sistémica, me interesa más el *proceso* de interacción dentro de la familia que el contenido de sus conversaciones. Presto atención, por ejemplo, a las similitudes entre cómo decide una pareja lo que van a preparar para desayunar y cómo decide dónde van a ir de vacaciones. Pero cuando se trata de trabajar con parejas cuyas preocupaciones giran en torno al sexo, el contenido también es importante. Tengo que asegurarme de que ellos comprenden los aspectos fisiológicos de su sexualidad y de que yo comprendo sus expectativas, creencias, valores y tabúes. Cuando provienen de culturas y familias en que no siempre estaba disponible o permitido el acceso a informaciones claras y concretas, se debaten con la ignorancia, la confusión y la ansiedad. Así, la terapia puede oscilar entre el contenido y el proceso, porque se centra, secuencial y simultáneamente, en todos los niveles de la experiencia del cliente: comportamientos, cogniciones, emociones, cuestiones relacionadas con la familia de origen, creencias, interpretaciones y valores.

Mi propósito es siempre sacar a mis clientes de la consulta lo más rápidamente posible. Hay veces en que «rápidamente» significa unas pocas sesiones, y en otros casos representa muchas más. Como terapeuta, considero que trabajo más *con* los sistemas que *en* los sistemas; sin embargo, reconozco también que no puedo dejar de lado mi papel de experta, por todo lo que he estudiado en profundidad (y en lo que me he doctorado), y por mi experiencia personal y profesional, porque puede ser útil para mis clientes.

Mi trabajo es como hacer malabarismos entre, por un lado, las teorías acerca de la dinámica de las personas y las relaciones, y por otro, los enfoques prácticos para ayudar a los clientes a cambiar. He intentado ignorar, dentro de la tradición de la terapia breve centrada en la solución (TBCS), las explicaciones causales de la conducta de las personas (De Shazer, 1985); sin embargo, eso no se ajusta a mi insaciable deseo de conocimiento ni disipa mi creencia de que esa guía teórica es tan eficiente como ética. De manera similar, a pesar de lo que he aprendido del construccionismo social (McNamee y Gergen, 1992), conservo la tendencia a pensar en conceptos como *diferenciación*, *límites*, *triángulos*, *secuencias*, *excepciones* y *ansiedad*, no como meras abstracciones o metáforas, sino como si existieran materialmente. No puedo poner estos conceptos en una mochila (una medida de lo concreto que tenga fiabilidad), pero sí que *puedo* ponerlos en mi *idea* de lo que es una mochila, y con eso me basta para infundirles un atractivo, aunque sea ilusorio, sentido de realidad. Como pensadora sistémica y como feminista, me aseguro de que mi mochila contenga ideas acerca de la importancia de los contextos y los significados, especialmente en relación con el género, la proximidad y el poder.

Empiezo, de la forma adecuada, por unirme a mis clientes y realizar una evaluación, y después establezco con ellos el contrato de tratamiento, así todos sabemos lo que estamos haciendo. Les ayudo a cambiar sus comportamientos y a ampliar sus alternativas, y cuando las cosas ya empiezan a funcionar bien, me centro en consolidarlas y en cerrar el proceso, manteniendo mi disponibilidad para las sesiones de seguimiento. Sin embargo, como son las circunstancias y las preferencias de los clientes las que guían nuestro trabajo conjunto, no siempre sigo ese camino.

Durante las conversaciones que mantenemos, no pierdo de vista el desarrollo de los procesos: cómo construimos las soluciones, subrayamos las excepciones, incorporamos información, encontramos y seguimos buenos caminos, y creamos nuevas formas de existir. A lo largo del tratamiento, intento que los conceptos no obstruyan los procesos, y a pesar de mi orientación terapéutica, me encanta conocer los cambios en los contenidos que me explican mis clientes: «¡Lo hicimos en el porche!», «¡Usted no había mencionado esa posibilidad!».

Influencias teóricas

Mi trabajo clínico se desarrolló a partir de mi formación, pero a lo largo de los años ha ido evolucionando en función de los cambios en mis experiencias, mis lecturas, las clases que he impartido, mi formación y mi vida. Diversos colegas y yo (Nelson, McCollum, Wetchler, Trepper y Lewis, 1996), desarrollamos un enfoque clínico sistémicamente informado para el tratamiento de mujeres que consumían drogas, y mi estilo actual de tratamiento se sigue basando en las ideas desarrolladas en ese contexto. Utilizo los supuestos, conceptos y prácticas de la perspectiva de trabajo estructural (Minuchin, 1974), estratégica (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974), boweniana

(Bowen, 1978), comportamental (Jacobson y Margolin, 1979), centrada en la solución (De Shazer, 1982) y narrativa (véase por ejemplo, White y Epston, 1990). En ocasiones también incorporo prácticas útiles de otros modelos mientras no violen los supuestos básicos que rigen mi forma de trabajar; puedo, por ejemplo, basándome en el concepto de lealtad invisible de la terapia familiar contextual (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1973), preguntar a un cliente si progresar representaría para él ser desleal con un progenitor que no ha tenido éxito en la vida.

Este trabajo asienta sus premisas en los conceptos sistémicos básicos de equifinalidad (en una pareja hay muchas formas de desnudarse el uno al otro), de no sumatividad (el conjunto de la experiencia sexual es más que la suma de las diferentes partes del cuerpo y de los actos), de interacción (me excita que tú te excites porque yo estoy excitado), de isomorfismo (si funciona en el dormitorio, puede funcionar en el nido de la pareja), y de retroalimentación (me gustó lo que hiciste anoche: repítelo). Como terapeuta, tengo que responder cuidadosamente a las necesidades de mis clientes tal como las percibo, y a veces guiarles, otras hacerme a un lado, y en ocasiones «liderar en la sombra» (DeJong y Berg, 2001), es decir, estimularlos y darles ánimo para que sigan haciendo aquellas cosas que funcionan bien. De esta forma, soy parte del sistema, pero una parte única. Tengo que ser consciente en todo momento del impacto y la influencia que tengo en el sistema, y dejar que las necesidades y las preferencias de los clientes sean el centro de todo. Respeto a los clientes como expertos en su propia vida, aunque yo conozca cosas diferentes de las que saben ellos acerca de las conversaciones y de los caminos que tienen mayor o menor probabilidad de conducirlos en la dirección de obtener los resultados que ellos desean. En este juego, somos un equipo, cada uno con nuestro propio rol complementario. Miro y pregunto, ellos prestan atención y responden, y juntos, unimos nuestros caminos hacia algo que sea gratificante para todos.

LA TERAPIA ESTRUCTURAL

Los conceptos básicos de la terapia familiar estructural (véase por ejemplo, Minuchin, 1974) aplicables aquí son los *límites* y el *poder*. Todos nosotros nos debatimos con la doble fuerza de la separación y la proximidad (Bowen, 1978), y luchamos por encontrar un equilibrio entre los deseos y las necesidades, para que nuestro Yo sea independiente y para que interaccione con los demás; como individuos únicos y como pertenecientes, en cuerpo y alma, a un grupo. Cultural, familiar e individualmente socializados y contextualizados, cada uno de nosotros se esfuerza por desarrollar la distancia óptima entre uno mismo y los demás —algunos más cerca y otros más lejos—. Ésta es la dinámica de la proximidad, todos esperamos y rogamus que los biorritmos de nuestras necesidades sincronicen con los de otro ser humano, por lo menos a veces. Como individuos, necesitamos espacio propio tanto como intimidad; como parejas, necesitamos el contacto con el mundo exterior —la familia, los amigos, la comunidad— y

también construir gruesos muros que mantengan a raya el mundo ajeno a los dos. Sin embargo, los límites no son esencialmente estáticos, sino dinámicos, y cambian cuando las relaciones y las necesidades así lo exigen.

El sexo forma parte del sistema de límites. Si los límites son demasiado tenues, imposibilitan la privacidad individual, ya se trate de usar el cepillo de dientes, cambiarse el tampón, dejar escapar gases en la cama o albergar fantasías exclusivas. Si son demasiado rígidos, impiden que la pareja se comuniquen y se explore el uno al otro para conocerse. Cuando los límites a su alrededor son difusos, entran en el dormitorio los parientes políticos y las parejas anteriores de cada uno, como si fueran la audiencia de un espectáculo —con palomitas, refrescos y todo lo demás—. La rigidez en los límites impide que las parejas recaben información y exploren ideas creativas o nuevas. Las costumbres culturales funcionan como paredes, que alejan a la gente de comportamientos lúdicos y refuerzan los tabúes que quizás ambos cuestionan individualmente, pero que no son capaces de discutir como pareja.

Si existe un desequilibrio en el poder en muchos aspectos de la vida de la pareja, esta situación puede salpicar el dormitorio, e impedir el desarrollo de una relación íntima y sexy. Es lógico que para ser eficientes, cada miembro de la pareja desempeñe roles definidos y complementarios: uno cambia el aceite del coche, el otro limpia el cuarto de baño; uno paga las facturas, el otro se ocupa de organizar las vacaciones. Sin embargo, en una relación sana, los dos se sienten importantes y reconocidos en su papel. En el dormitorio, *no* hay equilibrio si uno se siente obligado a satisfacer los deseos y las preferencias del otro, que a su vez se siente totalmente responsable de iniciar y mantener la vida sexual de la pareja. Este funcionamiento se encuentra afectado por toda clase de cosas y a menudo por cuestiones que no se nombran: el dinero, las tradiciones, el poder adquirido, las costumbres sociales, los hábitos y la libido.

James y Clarice llevaban casados tres años. Desde el nacimiento de su hija, ella se había sentido exhausta y distanciada de James; el sexo era la última cosa en la que pensaba después de una larga jornada, aunque sabía que eso tenía a James descontento. Ella quería sentirse más próxima a él y más sexy, pero estaba resentida porque parecía que James consideraba que su tarea era traer a casa el bacon y la de ella freírlo y limpiarlo todo después. Habían discutido el rol de cada uno en la crianza y educación de la niña, y el de ellos como esposos, pero Clarice no se había dado cuenta de lo difícil que podía ser llevar esto a la práctica hasta que no hubo en la casa una criatura de carne y hueso que exigía tantos esfuerzos. Pensaba además que no debía sacar a colación el tema para poder discutirlo, porque había sido una «decisión acordada». Clarice no se sentía cómoda para hablar con James de sus dilemas —los límites entre ellos eran excesivos— y creía que eso podría dañar otros aspectos de la relación. Y en cuanto a los límites *a su alrededor*, éstos eran demasiado tenues, porque ambos prestaban demasiada atención a las ideas de otras personas sobre los hijos y sobre cómo había que hacer las cosas. A mí

me pareció que potenciar la proximidad entre ellos, y la distancia entre ellos y los demás, podría ayudar a resolver varias cuestiones y a llegar a acuerdos aceptables acerca de su vida sexual.

La terapia de James y Clarice incluyó entrenamiento en comunicación, de forma que ninguno de los dos considerara necesario ceder ante la presión del otro y que ambos asumieran la responsabilidad de iniciar la conversación cuando fuera necesario discutir algo. Decidieron que ambos deseaban que la niña contara con la dedicación completa de uno de los progenitores, y les pareció más adecuado que esa persona fuera Clarice. Pero también tomaron la decisión de dedicar mayor cantidad de tiempo a estar juntos ellos solos sin la niña, y a discutir más sobre lo que *ellos*, y no *los demás*, querían para sí mismos, y también acerca de cómo habían cambiado sus objetivos individuales y comunes desde que se casaron. James le explicó a Clarice que quería participar más en las decisiones que tenían que ver con la niña, pero que pensaba que no podía decir nada porque esa «tarea» le correspondía a ella. Ninguno de los dos se había dado cuenta de que otorgar un poder específico al otro había generado distancia en su relación. Al escucharse más el uno al otro y menos a los demás, pudieron negociar las decisiones y las tareas de una forma que parecía tradicional, pero que funcionaba bien.

LA TERAPIA ESTRATÉGICA

Desde sus inicios, la terapia familiar estratégica ha adoptado numerosas formas y ha sido definida de muchas maneras. Mi trabajo se nutre de los principios y la perspectiva del grupo del MRI (véase por ejemplo, Watzlawick y otros, 1974), Haley (véase por ejemplo, Haley, 1987) y Papp (1983). Los terapeutas estratégicos reconocen que los problemas de las personas son únicos en cada situación, que el tratamiento tiene que ser individualizado, que la gente queda atascada en sus pautas de interacción habituales, y que el cambio en un área puede producir modificaciones en otra.

Frank y Pam acudieron a terapia preocupados porque ella buscaba mantener relaciones sexuales más a menudo que él. Eso me dejó perpleja, dados los mensajes que se oyen en los medios de comunicación y lo que afirmaban los amigos de cada uno, en el sentido de que lo típico es que el hombre tenga más ganas de sexo que la mujer. Frank se sentía avergonzado cuando sus amiguetes protestaban porque pasaban privaciones en el terreno sexual y alardeaban de su potencia, habilidades e insaciable deseo sexual. Pam, en cambio, se sentía excluida cuando sus amigas se quejaban, aunque con un sutil trasfondo de satisfacción y fanfarroneo, de que sus maridos las «acosaban» constantemente.

Esta pareja había llegado a la conclusión de que había algo esencial en cada uno de ellos que no funcionaba bien, que le fallaban las hormonas y las «cañerías». Habían leído manuales sobre sexo, se habían gastado un dineral en libros de autoayuda y habían

escuchado atentamente las conversaciones de sus amigos para ver si encontraban la clave de la solución a sus problemas. Nada les había servido de ayuda.

Curiosamente, cuando les pregunté cómo había afectado toda esa búsqueda a su vida sexual, dijeron que no eran tan infelices ni individualmente ni como pareja. Sí que Pam iniciaba el contacto sexual con mayor frecuencia de lo que le gustaría —a menudo ansiaba que Frank tomara la iniciativa y que fuera más romántico—, y él por su parte muchas veces se sentía presionado por los avances de ella y temía que si tomaba la iniciativa con mayor frecuencia eso estimularía aún más a Pam, pero cuando tenían relaciones sexuales era divertido y satisfactorio para los dos, y ella no se sentía rechazada si él decía: «No», sino que lo más probable es que le diera una palmadita en la cabeza, se acurrucara a su lado y se durmiera. También disfrutaba pensando en maneras de excitarlo más fácilmente y eso se había convertido en parte de la diversión en su vida. Sin embargo, los dos seguían pensando que algo iba mal.

Empezamos a explorar qué podría ocurrir si las cosas fueran diferentes. Ambos hablaron de lo más obvio: Frank tomaría la iniciativa en el sexo más a menudo y emprendería con mayor frecuencia la búsqueda del tesoro para incorporar a la vida de los dos cosas divertidas y sexis. Pam tendría más ocasiones para disfrutar siendo la receptora de esas iniciativas. Pero ninguno de los dos deseaba llegar a ser tan «normales» como para encajar en las fiestas que daban sus amigos para ver quién ganaba el premio a la mejor pareja.

La gente tiende a considerar únicamente los posibles resultados positivos de los cambios que anhela, aquellos que espera que sucedan, después de que el terapeuta, como por arte de magia, haya introducido mejoras en todos los aspectos, aliviado sus penas y posibilitado que su vida sea maravillosa. Sin embargo, a veces es mejor anticipar las posibles consecuencias negativas de un cambio (Papp, 1983), no como una paradoja, sino como una forma realista de anticipar las cuestiones que puedan surgir. En ocasiones, la gente obtiene lo que busca y entonces se encuentra pensando que ojalá que el genio de la lámpara nunca hubiera aparecido; por eso pregunté a Frank y a Pam, que parecían funcionar bastante bien, por qué querían cambiar. Después de pensarlo y discutirlo un rato, se dieron cuenta de que si lograban lo que pedían, el resultado podía ser que quedasen saciados y perdiesen algo de la chispa vital que encendía su deseo de intimar. Muy a menudo ocurre que el sexo se convierte en algo automático, habitual y no tan satisfactorio, y se acaba por tener en cuenta únicamente el coito y el orgasmo como indicadores del «éxito».

Se dieron cuenta de que lo que hacía falta cambiar no era la pauta de sus relaciones sexuales, sino la forma de enfocar las conversaciones entre ellos y con los amigos acerca de cómo se «suponía» que debía ser el sexo. A veces, los problemas se crean o se mantienen a causa de intentos ineficaces para resolver alguna dificultad de la vida (Watzlawick y otros, 1974). Las tentativas de solución de Frank y Pam —lecturas, pedir consejos, más lecturas, pedir más consejos— en realidad habían empeorado su situación.

Interrumpir las secuencias de comportamientos, sentimientos, pensamientos y creencias puede incidir tanto en los problemas como en las personas y librarlas de obtener resultados del tipo más-de-lo-mismo.

Pam decidió que cuando sus amigas empezaran a alardear acerca del deseo que inspiraban en su pareja, ella optaría por pensar en otra cosa, cambiaría de tema o se vanagloriaría de *su* deseo por su marido. Frank decidió que en lugar de sentirse avergonzado cuando sus amigos se quejaban de que había poca acción en sus vidas en comparación con el potencial que ellos tenían para el sexo, probaría a mostrarse orgulloso de tener una esposa tan sexy y amante de la aventura. Juntos decidieron que, en su mayor parte, les gustaban las cosas tal como estaban, lo que, curiosamente, resultó en que disfrutasen aún más del sexo (y en que Frank comprara velas aromáticas). Y empezaron también a mantener conversaciones sobre otras dificultades en su vida, como posibles cambios profesionales.

LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA DE BOWEN

Murray Bowen (1978) desarrolló una forma de conceptualizar la interacción familiar que vincula los procesos intrapsíquicos de pensamiento y sentimiento con los procesos relacionales de búsqueda de proximidad y búsqueda de distancia. Bowen se dio cuenta de que las pautas de relación de las personas, aprendidas en sus familias de origen, estaban asociadas a su capacidad para manejar las emociones intensas. Si no podían separar lo que pensaban de lo que sentían, ni separarse a ellos mismos de sus relaciones, existía mayor probabilidad de que tuvieran problemas o de que tomaran decisiones reactivas. Sin embargo, si eran capaces de equilibrar la atracción por la proximidad y la atracción por el distanciamiento, entonces eran libres para sentir plenamente las emociones, y para actuar a partir de la reflexión y tomar decisiones pensadas.

Christy y Sharon estaban atrapadas en lo que parecía un círculo vicioso de ataques, peleas, reconciliaciones, distanciamientos y otra vez ataques. A pesar de que reconocían que esa pauta interfería en el trabajo y en el ocio, se sentían impotentes para evitar que su relación se desintegrara. Como parecía que mantener relaciones sexuales creaba más distancia que proximidad, habían dejado de demostrarse pasión, afecto, e incluso aprecio mutuo.

Perfilamos el genograma de la familia de cada una, incluyendo tres generaciones de pautas y valores familiares relativos al dinero, la educación, la religión, la ansiedad y la sexualidad. Aunque cuando Sharon decidió salir del armario su familia lo aceptó bien, y acogió a Christy como su nuera, tendían a tratar a las dos como «niñas», en lugar de cómo a las mujeres de 40 años que eran y, para sus adentros, las entristecían las dificultades que Sharon podía encontrarse a lo largo de su vida por el hecho de ser lesbiana. Con todo, las dos mujeres se sentían cómodas en su relación con la familia de Sharon.

Los padres de Christy, a los que incomodaban las explícitas demostraciones de afecto entre Christy y Sharon durante las reuniones familiares, trataban a esta última como si fuera la mejor amiga de su hija, en lugar de su amante y compañera en la vida. Uno de los hermanos de Christy estaba convencido, en consonancia con sus convicciones religiosas, de que la conducta homosexual era algo malo. No permitía que sus hijos llamaran a Sharon «tía», y nunca les dejaba salir solos con ella. Cuando Christy se quejó a sus padres de esas actitudes, dijeron que ella había elegido esa cama y ahora tenía que yacer en ella. Me reí al oír ese comentario y, por primera vez, las dos mujeres también sonrieron, como si estuviéramos bromeando entre nosotras sobre la familia de Christy.

La capacidad de Christy para reírse del doble sentido que sus padres sin querer le habían dado al comentario me indicó que estaba lo bastante independizada de ellos como para conservar el sentido del humor en cosas que tenían que ver con ellos y no ponerse a la defensiva con su familia. Cuando reconocí lo doloroso que debía de haber sido convivir con esas actitudes familiares, dijo que estaba dispuesta a separarse definitivamente de ellos si con eso mejoraba la relación con Sharon. Bowen (1978) subrayó que cortar la relación con la familia de origen tiende a empeorar las cosas, y genera infelicidad y terquedad, en lugar de aceptación y apertura al cambio. Así que busqué otras alternativas.

Exploramos de qué forma afectaban a Sharon las actitudes de la familia de Christy, lo que tuvo como resultado que esta última hablara de tú a tú con su madre acerca de que necesitaba proximidad, afecto y aprobación por parte de la familia, pero no a costa de su relación con Sharon. Con esto mejoró poco a poco la relación entre ella y su madre, lo bastante como para que esta última se ofreciera voluntaria para hablar con el hermano de Christy y pedirle que tratara a Sharon con más respeto. A medida que la atmósfera entre Christy y su familia fue cambiando, ella fue más capaz de manejar los desacuerdos con Sharon sin entrar en una pelea.

Sharon por su parte se dio cuenta de que había querido conservar el favor de su familia a costa de permitir que la consideraran una adolescente. Habló con sus padres del asunto y descubrió que, para que Sharon no se alejara de ellos, evitaban decirle que estaban preocupados por ella. Es posible que conocer que muchas de las preocupaciones de su hija coincidían con las suyas ayudase a que dejaran de tratarla como si tuviera 16 años. Sharon, a su vez y con la ayuda de Christy, consiguió no exacerbar los ciclos de distanciamiento entre las dos. Empezaron a disfrutar más de su relación personal y sexual a medida que los conflictos, abiertos o encubiertos, con sus respectivas familias de origen salieron a la luz y se resolvieron. Libres para discutir sus diferencias abiertamente, pudieron llegar a acuerdos sobre sus necesidades de proximidad y de distancia.

A lo largo de mi trabajo con Christy y Sharon, la posibilidad de que se generase más ansiedad en la relación terapéutica constituyó una preocupación para mí. Como la terapia boweniana pone el acento en el Yo del terapeuta y en cuestiones suyas, si durante la

terapia aparecen en mí sentimientos intensos les presto mucha atención. Considero que las procripciones de la sociedad acerca de la orientación sexual de las personas son esencialmente equivocadas, y surgidas de una inquietud social que tiene que ver con la homofobia y la ignorancia acerca de que las relaciones entre personas del mismo sexo pueden ser provechosas y profundas, y no son elecciones o formas de sobreutilizar el sexo para ofender a otros. Hay personas importantes en mi vida que son gais o lesbianas, y eso afecta a mis sentimientos en tales situaciones porque yo me esfuerzo para honrar la existencia de esas relaciones. Tengo que ir con cuidado para no caer en rescatar a las personas de lo que yo fácilmente podría considerar como mis propios temores y homofobia, volverme a centrar en cada situación única y estar preparada para ayudarlas si es eso lo que ellas han elegido. O no.

LA TERAPIA CONYUGAL CONDUCTUAL

Cuando Dorothy y Mike describieron todas las cosas por las que discutían —los niños, el dinero, el trabajo, los amigos, la casa y el jardín—, el sexo no formaba parte de la lista, así que saqué yo el tema. Me miraron de una forma que podría derretir el acero. Mike estaba convencido de que Dorothy era una de esas mujeres que rechazan el sexo para vengarse, y utilizan la excusa del «dolor de cabeza» para convertir al hombre en un rehén y así conseguir de él cualquier cosa que deseen. Dorothy afirmaba que antes de casarse disfrutaba mucho con el sexo, pero que después Mike se había vuelto exigente y había dejado de ser romántico. Ya no le regalaba flores, no le daba importancia al aseo personal y pensaba que lo que se hacía después de mantener una relación sexual incluía roncar.

Algunos terapeutas considerarían las tensiones en la relación sexual de Mike y Dorothy una parte fundamental de sus peleas, y concluirían por tanto que requerían atención inmediata; otros señalarían el ciclo de exigencias y contraexigencias presente en todas las discusiones de la pareja y entenderían sus dificultades sexuales como un reflejo de su incapacidad para negociar las diferencias. Un análisis de este tipo apuntaría a la necesidad de recurrir a una terapia conyugal conductual (TCC), que incluyese entrenamiento, días de atenciones especiales (cada miembro de la pareja hace una lista de todas las cosas buenas que le gustaría que hiciera la otra persona, y después acuerdan que cada día los dos harán por lo menos una cosa de esa lista) y también citas románticas, para ayudarles a volver a los tiempos del noviazgo y la diversión sexual (Jacobson y Margolin, 1979).

Desde mi perspectiva sistémica, el cambio en un área de la relación puede producir —y en realidad *produce*— una modificación en otras. Sin embargo, también estoy convencida de que los terapeutas tienen que ir con mucho cuidado al elegir dónde intervienen. En lugar de saltar sobre el tema más candente de todos entre los asuntos de la pareja, prefiero empezar por cambiar las pautas de comunicación en áreas que no son

ni triviales ni muy importantes (Nelson, 1994). Los terapeutas conyugales conductuales (Jacobson y Margolin, 1979) asumen que las contiendas en las relaciones se reducen cuando las parejas aprenden a escuchar activamente y a hablar de manera constructiva acerca de sus diferencias. Considero efectivas las técnicas de la TCC para alterar los ciclos de comunicación que imposibilitan una conversación o una vida sexual satisfactorias. Una vez que se ha modificado la *forma* de comunicarse, la pareja puede entonces, sin que intervenga el terapeuta, aplicar las habilidades adquiridas a la discusión de los temas más candentes.

Dorothy y Mike aprendieron a interrumpir el ciclo de culpabilización mutua por medio de escucharse el uno al otro, discutir menos y no atacarse tanto. Al descubrir su capacidad para ponerse de acuerdo, pudieron resolver fácilmente algunas disputas domésticas menores (por ejemplo, con qué frecuencia limpiaban la cocina) y pasar después a abordar con éxito otros temas más delicados, como el de los amigos. Tal como subrayaron Jacobson y Christensen (1996), lo que ayuda es que la pareja sea capaz de ponerse de acuerdo en que están en desacuerdo, y que acepten mutuamente su idiosincrasia, en lugar de tomarse las diferencias entre ellos como algo personal o de intentar que el otro cambie. Esta aceptación mutua aporta mayor placer al conjunto de la relación, y eso incluye lo que sucede entre las sábanas.

Después de aprender a escuchar de verdad y a evitar que cada uno diera por sentado algo acerca del otro, Mike aceptó que la fatiga y los dolores de cabeza de Dorothy eran reales, y ella aceptó que él no se daba cuenta de que a ella le molestaba que fuera sin afeitarse. Dorothy se esforzó más en aceptar las diferencias que existían entre Mike y ella respecto a la necesidad de sexo, y pudo así explicarle que a ella le hacía falta amabilidad, romanticismo y paciencia durante los preliminares sexuales. Por primera vez, él comprendió que si no se aseguraba de que ella estuviera lo bastante húmeda antes de penetrarla, la incomodidad que eso le causaba reducía su excitación.

Los terapeutas sexuales tradicionales se aseguran acertadamente de que sus clientes se sometan a un reconocimiento médico para descartar problemas fisiológicos o bioquímicos (trastornos hormonales, efectos secundarios de alguna medicación, etc.) y les sugieren experimentos —por ejemplo, el ejercicio de concentrarse en las propias sensaciones y el uso de la técnica de la «compresión», entre otros—, que pueden ayudarles a ser más conscientes de su cuerpo y a mejorar su funcionamiento sexual (Leiblum y Rosen, 2000). Sin embargo, según mi experiencia, las parejas son bastante capaces de encontrar soluciones ellas solas. A menudo los mejores profesores de anatomía e interacción sexual son los propios individuos que toman parte en esa interacción. Por supuesto, un poco de información ocasional sobre las diferencias en la respuesta sexual puede resultar útil. Las explicaciones sobre los espasmos musculares y el vaginismo pueden hacer mucho para ayudar a una mujer y a su pareja a realizar un entrenamiento suave que facilite la relajación de los músculos.

Cuando sugerí que Dorothy se hiciera visitar por un ginecólogo, Mike se ofreció a acompañarla. El médico le recetó una crema a base de estrógenos y un tipo de gel lubricante distinto del que utilizaban, lo que alivió mucho el dolor de Dorothy. Eso, por supuesto, aumentó el placer, que a su vez aumentó la lubricación, y llegó un momento en que la pareja ya no necesitó utilizar la crema.

LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN LA SOLUCIÓN

La terapia breve centrada en la solución (TBCS) representa un giro en la perspectiva tanto del terapeuta como de los clientes, porque se aleja de la resolución de problemas y se orienta hacia la creación de soluciones (DeJong y Berg, 2001). Estos terapeutas asumen que no es necesario saber mucho sobre el problema o sobre su etiología para poder encontrar una solución a las dificultades que éste haya podido originar. Por ejemplo, la eyaculación precoz puede tener como «causa» la falta de control de la excitación y del grado de preparación; sin embargo, la solución a este problema para una pareja en concreto puede que no tenga nada que ver con «adquirir más control». En lugar de eso, es posible que se trate de aprender a disfrutar tanto como puedan de ese instante fugaz y busquen después formas de llevar a la otra persona al orgasmo mientras el pene no está erecto. De manera similar, que una mujer sienta poco deseo sexual puede tener como «causa» que haya sufrido abusos sexuales en un momento anterior de su vida; no obstante, como no se puede volver atrás para evitar ese abuso, la solución, que se encuentra en el presente, puede ir dirigida hacia un futuro que incluya el deseo y la satisfacción sexual.

Esté y Roberto acudieron a mi consulta para que les ayudase con su «intimidad». Tímidos, tranquilos y muy correctos, se valían de eufemismos para describir lo que ellos temían era un problema sexual irresoluble, que ponía en peligro su capacidad para tener hijos y poder obtener así la aprobación de la Iglesia fundamentalista a la que pertenecían, y el beneplácito de su conservadora familia. Cuando me pidieron que diagnosticase la causa de su problema para así poder encontrar el remedio, les pregunté si querían conocer qué era lo que iba mal o les parecería aceptable simplemente arreglarlo. Dudaron, y por eso sugerí explorar la causa si llegábamos a la conclusión de que no estábamos avanzando o si, después de que el problema se resolviese, tenían curiosidad por conocerla. Eso los tranquilizó, y los alivió aún más saber que, si trabajábamos de esa forma, no sería necesario conocer los detalles de su «intimidad» —podían trabajar el problema en casa a su manera, utilizando las sugerencias que se derivasen de nuestras conversaciones.

Los terapeutas de la TBCS reconocen que es necesario considerar las respuestas de los clientes en la terapia dentro del contexto de su relación con el terapeuta. Esto significa que mis clientes no «cumplen» consigo mismos y para sí mismos, sino que cumplen *conmigo*. De manera similar, cuando presentan «resistencia», no están expresando un

rasgo de su carácter o un deseo de no cambiar; lo que expresan es su relación *conmigo*. Se puede entender la «resistencia» como un tipo de cooperación, porque aporta al terapeuta información de que va por el camino equivocado, de que no entiende la situación del cliente, o de que está intentando forzar un tipo de solución inadecuado (De Shazer, 1982).

Ese tipo de interpretación del cumplimiento y de la resistencia lleva a tres reglas básicas: si no está estropeado, no lo arregles; si está funcionando, continúa así; si no funciona, haz algo diferente (De Shazer, 1985, 1988). Una técnica habitual para calibrar la relación terapeuta/cliente y para supervisar los progresos en la terapia es recurrir a las preguntas de una escala. Con este tipo de preguntas se invita a los clientes a evaluar, en una escala del 1 al 10, el grado de «ajuste» con el terapeuta, y se les ayuda a reconocer los cambios que se han producido en ellos mismos y en su relación, y los progresos que están haciendo en dirección a su objetivo.

El problema de esta pareja resultó ser muy simple: fieles a los valores de su Iglesia y habiendo crecido protegidos, ninguno de los dos tenía experiencia sexual alguna, y a pesar de que tenían un manual sobre sexualidad, no estaban seguros de qué instrucciones debían seguir. Empecé por preguntarles qué habría de diferente en su relación si las cosas fueran más como ellos deseaban. La pregunta presuponía que podían reconocer y describir esa diferencia y que ésta se refería a algo más que únicamente su vida sexual. Hablaron de varias cosas y evaluaron hasta qué punto algunas de ellas ya estaban teniendo lugar.

Roberto asignó un 2 a su actual situación, y Esté un 4. Hablamos de lo que esa puntuación significaba para cada uno de ellos y para ambos, y de cómo sabrían cuándo se había producido algún pequeño avance en la escala. Todavía no habían mencionado el tema del sexo; hablaban «meramente» de su relación y del placer que obtenían de ella. Más que extendernos acerca de lo que iba mal, nos centramos en los momentos en que el problema no estaba tan presente. Al final de la primera sesión, les pedí que cuando llegaran a casa se fijaran en dos cosas: 1) cuando las cosas sucedían de la forma que ellos deseaban en su relación, y 2) qué más estaba pasando que quisieran conservar (De Shazer, 1988).

Los terapeutas de la TBCS asumen que no siempre se producen problemas y que, cuando se producen, no es siempre de la misma forma. Buscan saber los momentos en que el problema no está presente, y conocer cuándo está presente en su máxima intensidad o cuándo su presencia no se considera un problema. Roberto y Esté llegaron a la siguiente sesión sorprendidos por lo mucho que habían disfrutado de su relación durante la semana y por los diversos cambios que habían notado en cada uno de ellos, y en la relación de ambos.

Les pedí que evaluaran su relación íntima en una escala del 1 al 10, teniendo en cuenta que el 10 significaba «maravillosa». Los dos otorgaron una puntuación dos puntos por encima de la valoración de la semana anterior, así que procedí con la fórmula EARS

(*Eliot, Amplify, Reimforce, Start*) (DeJong y Berg, 2001):

- Exponga qué es lo mejor.
- Potencie el cambio haciéndoles preguntas acerca de quién más lo ha notado y de cómo lo han logrado.
- Refuerce el cambio animándoles y haciéndoles más preguntas acerca de cómo han conseguido que se produzca el cambio o cómo los obstáculos difíciles no han impedido que sigan adelante.
- Empiece por preguntar: «¿Qué más?», referido a cambios dirigidos a las metas.

Nunca entré en el dormitorio de Roberto y Esté, pero tampoco quise hacerlo ni fue necesario. Ellos fueron capaces de orientarse hacia su objetivo sin que yo tuviera que saber qué hacían o qué no hacían, ni quién hacía o no hacía algo a quién. La terapia finalizó cuando dijeron que habían alcanzado sus metas, y que, aunque las cosas aún no estaban como para puntuar 10, tenían confianza en que podrían salir adelante sin mi intervención. Hablamos de cosas que podían hacer si veían que se desviaban de sus objetivos, y reforcé que una de las soluciones podía ser volver para una sesión de refresco.

Siempre consciente de posibles limitaciones médicas, religiosas o de los roles asociados al género, puede que cuestione las formas restrictivas de pensamiento y de actuación en relaciones de dominancia o abusivas, y puede también que sondee oportunidades que no se han explorado, pero la pareja es en última instancia responsable de decidir si desean recurrir a la ayuda médica, discutir con su director espiritual formas alternativas de sexualidad o desarrollar otras formas de asociar los roles al género.

LA TERAPIA NARRATIVA

Y, finalmente, otros supuestos que también nutren mi trabajo se derivan de la terapia narrativa (véase por ejemplo, White y Epston, 1990). Al igual que los terapeutas estratégicos y los centrados en la solución, los narrativos valoran las múltiples facetas de la «realidad» y reconocen que las historias que explicamos acerca de nosotros mismos y de nuestras relaciones nos proporcionan la perspectiva o la lente a través de la cual percibimos la vida. Una persona quizá perciba como un obstáculo lo que otra verá como una aventura o un desafío, y las historias dominantes en una cultura pueden sobreponerse a la experiencia concreta de una persona. Los valores y creencias de la sociedad acerca del género, la etnia, el poder, el dinero, los logros, la natalidad y la educación de los hijos son ya tan parte de nosotros que no los cuestionamos conscientemente, y aun así, tienen una gran influencia en cómo pensamos y actuamos en el terreno sexual.

Por ejemplo, la incapacidad para conseguir o mantener una erección está generalmente considerada en nuestra cultura como una disfunción sexual, y los hombres dedican mucho tiempo y dinero a intentar curarse de esa dolencia. Sin embargo, he trabajado con muchas personas que, después de haber comprendido la naturaleza de ciertas enfermedades como la diabetes, no están interesadas en servirse de formas químicas o artificiales para conseguir que «se les levante»; esas personas y sus parejas están bastante satisfechas de haber encontrado otras formas de expresión de su intimidad, a menudo para sorpresa de los médicos, de otras personas ¡e incluso de ellas mismas!

Los terapeutas narrativos también comparten con los estratégicos y los colegas de la TBCS el supuesto de que los problemas no se producen siempre con la misma intensidad ni de la misma forma. Cuando la gente llega a la terapia, tienden a centrar sus historias en los aspectos negativos de su vida, oscureciendo los tiempos en que sus problemas no estaban presentes o no eran tan graves. Donde un terapeuta centrado en la solución busca «excepciones», un terapeuta narrativo busca «resultados únicos» o «momentos brillantes» (Freedman y Combs, 1996), ocasiones en que un problema pudo haberse producido, pero no se produjo.

Allan y Sheila recurrieron a la terapia como el último cartucho que les quedaba para salvar su matrimonio. Sabían que era necesario un cambio, pero cada uno de ellos estaba convencido de que era el otro quien tenía que cambiar. Las batallas tenían como escenario principal su dormitorio, donde Allan se quejaba de que las ideas de Sheila sobre el sexo eran arcaicas y no se correspondían con las necesidades de él. Ella contraatacaba acusando a Allan de hacer excesivas y «perversas» demandas, que estaban tan fuera de lugar que solo una mujer lasciva accedería a ellas.

A pesar de mi curiosidad acerca de las conductas de Allan, me limité a hacer preguntas que pudieran aclarar si él estaba forzando o haciéndole daño a ella. Aunque considero que las únicas personas cualificadas para juzgar lo correcto o incorrecto de ciertas conductas son aquellas que las practican, no puedo trabajar con clientes que se hacen daño física, emocional o mentalmente —a menos que lo que pretendan sea cambiar ese aspecto de la relación—. En ocasiones, le he dicho a alguna persona que su comportamiento (algún tipo de violencia ilegal) es asunto suyo, pero no puedo condonarlo aceptándolo en la terapia. Lo que hago entonces es derivarlo a otros terapeutas.

Sheila dijo que los deseos de Allan no eran dañinos, sino que le parecían «de mal gusto». Exploramos lo que esta palabra, y también su opuesta: *de buen gusto*, significaban para ella. Discutimos las diferencias y las similitudes entre sus preferencias y las de Allan, y les pregunté qué sabores les gustaban más y cuáles menos. La conversación descubrió a Allan que Sheila era más abierta de mente de lo que él pensaba.

Además de buscar y amplificar resultados únicos o momentos brillantes, los terapeutas narrativos a menudo intentan «exteriorizar» los problemas y explorar aquellos tiempos en que el cliente no se sentía abrumado por ellos. Unir a los miembros de la pareja en sus esfuerzos para erradicar al enemigo les ayuda a dejar de culparse el uno al otro y a desarrollar una historia diferente de sí mismos y de su relación, una que incluya autoeficacia y sensación de bienestar.

Después de evaluar si había violencia doméstica, limitaciones físicas potenciales y cuestiones médicas o de consumo de sustancias, le pregunté a la pareja de qué forma ese *mal gusto* obstaculizaba que pudieran disfrutar el uno del otro. ¿Qué tipo de cosas potenciaban que el mal gusto tuviera más impacto en su relación y cuáles disminuían sus efectos? Me preguntaba de qué forma el *mal gusto* influía en sus vidas en diversas esferas y cómo contribuían ellos a crearlo y mantenerlo, y les hice unas preguntas relativas al *paisaje de la acción* (White y Epston, 1990), preguntas que exploran las *secuencias* de sucesos.

La pareja habló sobre muchos aspectos de su relación, y también de la forma de relacionarse con sus hijos y con los compañeros de trabajo. A veces, Sheila estaba tan disgustada el día después de una discusión con Allan que no se podía concentrar en el trabajo, convencida de que llevaba una *P de pervertida* escrita en rojo en la frente. Sin embargo, en otras ocasiones era capaz de arrinconar el *mal gusto* en algún lugar de su mente, seguir adelante con su trabajo y disfrutar con sus colegas. Comentamos en qué momentos el *mal gusto* la afectaba y en cuáles podía ignorarlo y apartarlo de sí. La historia de Allan era similar. Siempre que era posible, les formulaba preguntas acerca de su capacidad para escapar de los tentáculos del *mal gusto* y explorar sus habilidades para trabajar juntos.

Una serie de preguntas del *paisaje de significados*, que vinculaban los comportamientos de la pareja con los significados asociados a ellos, llevó a conversar más sobre las excepciones en los significados, los momentos en que tales significados estaban asociados a otras acciones, y también los momentos en que las acciones estaban asociadas a otros significados. En su caso, el *juicio* se convirtió en el segundo tema exteriorizado, tanto el juicio del uno al otro como el sentirse juzgados por los demás.

Sheila y Allan pudieron descubrir e identificar diversas formas de luchar contra el *mal gusto* todos los días, y eso incluía su forma de juzgar ellos a otras personas y viceversa. Cuanto más capaces eran de aceptar a los demás, aceptarse el uno al otro, y aceptarse cada uno de ellos a sí mismo, más expulsaban fuera de su vida el *mal gusto* y el *juicio*. Empezaron a hablar de la expresión sexual como de una aventura conjunta de descubrimiento del placer, en lugar de como una batalla individual que ganar.

RESUMEN

Los supuestos de los diversos modelos están enlazados unos con otros mediante las ideas teóricas esenciales y los principios de la práctica. El núcleo teórico tiene que ver con el manejo de la ansiedad —de qué forma mis clientes y yo somos capaces de evitar que nuestras emociones reinen sobre nuestro pensamiento cuando exploramos posibles soluciones—. El núcleo de principios de la práctica tiene que ver con la creación rápida y eficiente de soluciones.

El cambio terapéutico tiene que prestar atención tanto al proceso como al significado. El cambio en el contenido, o cambio de primer orden, es a veces aceptable en la terapia, pero la mayoría de la gente interesada en este nivel de diferencia es más probable que lo busque a través de los amigos, los libros de autoayuda o dentro de ella misma. Los clientes habitualmente buscan que suceda algo más significativo (igual que lo busco yo). La transformación terapéutica conlleva un cambio de segundo orden: un giro en el sistema o en el significado del problema. Así, el proceso de terapia con la mayoría de los clientes se inicia con un giro paradigmático: buscar las soluciones en lugar de examinar los problemas.

Si es suficiente con pasar a orientarse hacia el presente y el futuro, la terapia a menudo es muy rápida. Sin embargo, a veces la ansiedad de los clientes es tanta que les resulta difícil o les asusta buscar soluciones. En esos casos, tiendo a exteriorizar el problema y a identificar los significados y las imágenes que han absorbido de sus familias, de su comunidad y de los medios de comunicación. Esto puede ayudar a disminuir la ansiedad y reducir los sentimientos de vergüenza y de culpa, para que puedan empezar a crear soluciones.

Cuando parece que los clientes no responden a mi compromiso con ellos, lo que hago es examinar la relación terapéutica. ¿Confían en mí? ¿Hemos conectado? Siempre estoy abierta a la posibilidad de derivar a los clientes a otros terapeutas. Si deciden seguir conmigo, exploro las posibles barreras que obstaculizan el camino hacia sus metas: los límites y el poder, ciclos desafortunados de secuencias, consecuencias negativas del cambio e historias saturadas de problemas (White y Epston, 1990).

Si la pareja parece encadenada a pautas de interacción que son más destructivas que constructivas, utilizo los genogramas para explorar las familias de origen, en busca de posibles triángulos disfuncionales, expectativas problemáticas relativas a la asociación de roles en función del género, o estrategias que se revelan inútiles para manejar la ansiedad. También examino posibles restricciones (Breunlin, Schwartz y Kune-Karrer, 1992). Asumo que ellos hacen todo lo que pueden, dada la forma en que crecieron y sus circunstancias actuales, y les ayudo a volver a empezar en su relación, a eliminar barreras, y a cambiar su forma de interactuar.

En todos los casos que he descrito en este capítulo el resultado final fue bueno, pero también he tenido mi ración de fracasos. A veces, un miembro de la pareja está preparado para el cambio y el otro no; en ocasiones uno de los dos se ha rendido y se ha ido, si no físicamente, sí emocionalmente; y otras veces las creencias o los significados

siguen inamovibles y aquello que espero que sea útil cae en el vacío. Pero cuando soy capaz de ayudar a parejas como las que he presentado en este capítulo, me siento muy gratificada. Sé que nuestro trabajo ha obtenido la valoración más alta en la escala de mis clientes cuando yo asigno una puntuación alta a mi propia escala de satisfacción y placer, y todos salimos de la terapia sonriendo.

Bibliografía

- Boszormenyi-Nagy, I. y G. Spark, *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1973.
- Bowen, M., *Family therapy in clinical practice*, Nueva York, Jason Aaronson, 1978 (trad. cast.: *La terapia familiar en la práctica clínica*, Bilbao, Desclee de Brouwer, 1989).
- Breunlin, D. C., R. C. Schwartz y B. M. Kune-Karrer, *Metaframeworks: Transcending the models of family therapy*, San Francisco, Jossey-Bass, 1992.
- DeJong, P. e I. K. Berg, *Interviewing for solutions*, 2ª ed., Pacific Grove, California, Brooks/Cole, 2001.
- De Shazer, S., *Patterns of brief family therapy: An ecosystemic approach*, Nueva York, Guilford Press, 1982 (trad. cast.: *Pautas de terapia familiar breve: un enfoque ecosistémico*, Barcelona, Paidós, 2002).
- , *Keys to solution in brief therapy*, Nueva York, Norton, 1985 (trad. cast.: *Claves para la solución en terapia breve*, Barcelona, Paidós, 2008).
- , *Clues: Investigating solutions in brief therapy*, Nueva York, Norton, 1988 (trad. cast.: *Claves de terapia familiar breve: una teoría de la solución*, Barcelona, Gedisa, 1992).
- Freedman, J. y G. Combs, *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*, Nueva York, Norton, 1996.
- Haley, J., *Problem-solving therapy*, 2ª ed., San Francisco, Jossey-Bass, 1987 (trad. cast.: *Terapia para resolver problemas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1980).
- Jacobson, N. S. y A. Christensen, *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*, Nueva York, Norton, 1996.
- y G. Margolin, *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1979.
- Leiblum, S. R. y R. C. Rosen (comps.), *Principles and practice of sex therapy*, Nueva York, Guilford Press, 2000.
- McNamee, S. y K. J. Gergen (comps.), *Therapy as social construction*, Thousand Oaks, California, Sage, 1992 (trad. cast.: *La terapia como construcción social*, Barcelona, Paidós, 2008).
- Minuchin, S., *Families and family therapy*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1974 (trad. cast.: *Familias y terapia familiar*, Barcelona, Gedisa, 1979).
- Nelson, T. S., «Do-overs», *Journal of Family Psychotherapy*, vol. 5, nº 4, 1994, págs. 71-74.
- , E. E. McCollum, J. L. Wetchler, T. S. Trepper y R. A. Lewis, «Therapy with women substance abusers: A systemic couples approach», *Journal of Feminist Family Therapy*, nº 8, 1996, págs. 5-27.
- Papp, P., *The process of change*, Nueva York, Guilford Press, 1983 (trad. cast.: *El proceso de cambio*, Barcelona, Paidós, 2008).
- Watzlawick, P., J. Weakland y R. Fisch, *Change: Principles of problem formation and problem resolution*, Nueva York, Norton, 1974 (trad. cast.: *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*, Barcelona, Herder, 2007).
- White, M. y D. Epston, *Narrative means to therapeutic ends*, Nueva York, Norton, 1990 (trad. cast.: *Medios narrativos para fines terapéuticos*, Barcelona, Paidós, 2008).

CAPÍTULO 7

RESOLUCIONES ÚNICAS PARA PROBLEMAS ÚNICOS: EL TRATAMIENTO BREVE DE LAS DIFICULTADES SEXUALES

Monte Bobele

Todas las familias felices se parecen; las infelices son todas distintas en su infelicidad.

TOLSTOY

Si parafraseásemos a Tolstoy, podríamos decir que todas las parejas sexualmente satisfechas se parecen, las insatisfechas son todas distintas en su insatisfacción. Esta interpretación desafía lo acertado de permitir que el *DSM-IV* organice nuestro trabajo terapéutico. Aunque diagnosticar a los clientes es útil para las estadísticas, la investigación y la justificación de fondos, también oscurece lo que Tolstoy distinguió con tanta claridad: que cada problema es único. Elegí el caso que más adelante describiré resumido porque ilustra que reconocer, respetar y trabajar la singularidad de la insatisfacción — sexual o de otro tipo— de cada cliente puede tener como resultado una resolución relativamente rápida del problema. Utilizando los principios de la terapia breve del Mental Research Institute (MRI), me he encontrado con que mis clientes a menudo están muy motivados para resolver sus problemas sexuales lo más rápidamente posible. Éste era sin duda el caso de Bud y Diane, una pareja que atendí en Houston cuando mi práctica formaba parte de la de un grupo privado más amplio, que estaba especializado en tratar problemas sexuales y conyugales.

Bud, un licenciado universitario de 30 años de edad, trabajaba como ingeniero en una compañía petrolífera desde que se graduó. Era el mayor de tres hijos, y sus padres eran maestros retirados. En forma y de aspecto cuidado, hacía ejercicio regularmente y jugaba a básquet en la YMCA* tres veces a la semana a la hora de la comida. Hablaba con un tono de voz suave, parecía tímido, y raramente alzaba la vista durante los primeros minutos de la sesión. Había crecido en la región y su forma de hablar tenía tintes del acento de la zona de los bosques de pinos del este de Texas.

Diane, de 29 años, enseñaba inglés en un instituto para niños superdotados. Su padre, que era abogado, había muerto dos años atrás, y su madre trabajaba de cajera en un banco que tenía su sede en la pequeña comunidad agrícola donde creció. Diane, una rubia atlética que parecía recién salida de las pistas de tenis, explicó que practicaba regularmente este deporte con otros profesores del trabajo. Tenía un porte elegante, y ni su forma de hablar ni sus modales reflejaban sus orígenes rurales.

Bud y Diane llevaban casados siete años y tenían una hija de 6 años de edad que estudiaba Primaria. Ambos dijeron que no tenían previsto tener más hijos, pero cuando alguno de ellos hablaba de la niña se les iluminaba la cara a los dos. Por su forma de describir su participación en las actividades de la escuela, en el equipo de fútbol y en las clases de música, se notaba que tomaban parte con entusiasmo en la vida de su hija.

La pareja se sentó en el sofá, cerca el uno del otro, y cuando uno hablaba, el otro casi siempre le miraba. No parecía que hubiese mucha tensión entre ellos, pero una sutil corriente de fondo evidenciaba que pasaba algo. Eran educados conmigo y el uno con el otro, pero parecían un poco ansiosos e inseguros acerca de cómo comportarse en una situación que obviamente era nueva para ellos.

Después de un rato de intentar tranquilizarlos y averiguar las cosas básicas de su vida cotidiana, les pregunté cuál era el motivo por el que habían venido a mi consulta. Bud fue derecho al grano y dijo: «Tengo malos orgasmos». Para explicar de qué manera abordé este problema singular, primero es necesario que describa cuál es mi enfoque terapéutico de base y cómo lo aplico al tratamiento de los problemas sexuales.

Bases teóricas

MENTAL RESEARCH INSTITUTE

El trabajo de John Weakland y del Mental Research Institute (MRI) tuvo una influencia significativa en este caso (Fisch, Weakland y Segal, 1982; Watzlawick y Weakland, 1977; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974; Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974). El MRI conceptualiza un problema esencialmente como la pauta de interacción producida por el sistema social en que está anclado ese problema, y se centra así en comprender cómo interaccionan entre sí las personas para resolver los retos que les plantea la vida diaria. Dicho como le gustaba expresarlo a Weakland: «La vida no es nada más que una maldita cosa detrás de otra. Los problemas son la misma maldita cosa, repetida una y otra vez».

Desde la perspectiva del MRI, los problemas que explica la gente a los terapeutas son simplemente una exacerbación de las dificultades corrientes de la vida cotidiana. Así, las dificultades sexuales se pueden considerar derivadas de problemas corrientes en la

relación. Incluso en los casos en que con toda seguridad intervienen cuestiones médicas, lo que piensan y hacen las personas con relación al problema a menudo las lleva a agravarlo.

A partir de la experiencia, todos nosotros, y todos los que nos rodean, aprendemos a resolver las dificultades cotidianas de la vida, y con frecuencia las soluciones que nos sirvieron a nosotros o a otras personas en el pasado se pueden aplicar con éxito a la resolución de dificultades nuevas. Pero, según el MRI, a menudo persistimos en aplicar métodos que, aunque fueron útiles en el pasado o en circunstancias diferentes, ya no nos sirven en la actualidad, y entonces nos equivocamos al achacar la culpa de nuestro fracaso a que no nos hemos esforzado suficiente o adecuadamente, en lugar de atribuirla a la naturaleza de la solución elegida.

Las personas, en su lucha contra el fracaso causado por la terca repetición de intentos de solución que no funcionan, acaban por sentirse frustradas, y además pierden la confianza en sí mismas y se alarman ante la posibilidad de que el problema pueda empeorar. Si se desmoralizan, su sensación de desesperanza y de impotencia puede extenderse también a otras áreas de su vida. Teniendo esto en mente, el MRI adapta un viejo dicho: «Si al principio no lo consigues, sigue intentándolo una y otra vez» y lo transforma en «Si al principio no lo consigues, inténtalo una vez más, y después intenta otra cosa».

Por supuesto, nadie hace intentos de solución en el vacío. Por ejemplo, cada uno de los miembros de una pareja entenderá, definirá y percibirá una situación problemática de una manera diferente, y su distinta interpretación determinará la respuesta de cada uno de ellos y la de los dos. Si no coinciden en aquello que es necesario hacer, puede que discutan o duden de cuáles son los pasos que hay que dar. Los terapeutas del MRI empiezan por rastrear las pautas de interacción de los clientes y sus intentos de solucionar el problema identificado.

Desde la perspectiva del MRI, la resolución de las dificultades sexuales en una relación de pareja requiere sensibilidad interactiva ante la interpretación individual que ellos hacen del problema. Por ejemplo, Rick y Marcia vinieron a consultarme a causa de una disminución de la frecuencia de sus relaciones sexuales y del placer que obtenían de ellas, y subrayaron que a ambos les gustaba el sexo y que la satisfacción sexual había sido mutua hasta hacía poco, pero que ahora estaban enfadados el uno con el otro a causa de que la situación se hallaba en punto muerto. El temor de Rick en el sentido de que nunca más volverían a tener relaciones sexuales aparte de sus frustrantes y «desesperados» intentos, combinado con el temor de Marcia a que Rick la rechazase (algo que ya había sucedido anteriormente), crearon una situación en la que cada uno de ellos esperaba que fuera el otro el que diese el primer paso para hacer el amor.

Esa situación de parálisis había ido a más, hasta escapárseles de las manos y afectar a todos los aspectos de su relación. Los dos percibían la falta de interés del otro en las relaciones sexuales como falta de amor, y se volvieron tan alérgicos al sexo que incluso

las palabras cariñosas y las caricias eran escasas, si alguna.

En esa atmósfera de desconfianza y ofensas, el rechazo se convirtió en una profecía autocumplidora. Los escasos intentos de uno para expresar afecto eran rechazados por el otro como falsos. Los dos querían que el otro se acercara porque «lo deseara» no porque «tuviera que hacerlo». Así que, al final, cualquier actividad sexual parecía el cumplimiento de una obligación en lugar de una expresión verdadera de afecto.

Aunque fue posible intervenir en diversas ocasiones en la secuencia de «ofrecer-rechazar-abandonar» de Marcia y Rick, ambos describieron su temor al rechazo como parte del motivo por el que se evitaban, así que propuse que desarrollaran algún tipo de protección emocional contra ese peligro. Les puse a modo de comparación el rechazo al que se enfrentan los que trabajan en la ventas por teléfono, sabiendo como saben que tendrán que hacer centenares de llamadas antes de que alguien esté dispuesto a escuchar su discurso de ventas.

Supongo que en algún momento los televendedores tienen que procurarse una especie de coraza. Uno de ellos (que tenía un conocimiento básico de primera mano del programa de refuerzo skinneriano) me dijo que sabía que no conseguiría una venta hasta que no le hubieran colgado el teléfono 75 veces. Así que lo que intentaba era realizar las 75 llamadas lo más rápidamente posible para así poder cerrar la venta. Me dijo: «Me acabo de dar cuenta de que los rechazos son como un ejercicio de calentamiento para lograr la venta, así que no me los tomo como algo personal. Me obligo a mí mismo a decir “gracias”, aunque ya me hayan colgado el teléfono». Sugerí a Rick y Marcia que quizás una forma de construir una coraza contra el rechazo de la otra persona era practicar cómo encajarlo.

Después de que quedase claro que lo que les propuse les parecía una buena idea, pedí a cada uno de ellos que tomara la iniciativa para hacer algo cariñoso un par de veces al día todos los días. El otro tenía que encontrar una forma creativa pero suave de rechazar esos avances. Les advertí lo difícil que podía ser llevarlo a cabo, dada su historia reciente, pero también les animé a intentarlo. Les pedí además que no se rindiesen a la tentación de responder afectuosamente al otro, porque los dos necesitaban practicar que les rechazasen para poder construir una «coraza de protección ante el rechazo».

Tal como yo esperaba, cuando volvieron habían conseguido realizar la tarea que les asigné durante varios días seguidos. Curiosamente, saber que sus avances serían rechazados había aportado algo de certidumbre a su relación. Antes de eso, cada uno de ellos contaba con que el otro podía rechazarle, pero al mismo tiempo esperaba que no fuera así. Mientras llevaban a cabo la tarea encomendada, esperaban el rechazo en todas las ocasiones, así que cuando se producía no se enfadaban el uno con el otro. Como subrayó Marcia: «En realidad, durante esta semana me he sentido más cerca de Rick aunque él me rechazaba, porque sabía que lo hacía por el bien de los dos». Finalmente, uno de ellos sucumbió y respondió positivamente a los acercamientos del otro, e hicieron

el amor por primera vez en varios meses. Después de tres sesiones en total, la pareja quedó convencida de que habían vuelto a encarrilar su relación y de que la terapia había sido útil.

CIBERNÉTICA DE SEGUNDO ORDEN

Aunque mi trabajo está influenciado fundamentalmente por las ideas y las prácticas del MRI, se nutre también de lo que se ha llamado «cibernética de segundo orden» o «cibernética de los sistemas de observación» (Keeney, 1983; Von Foerster, 1982, 2002). Este tipo de perspectiva subraya la necesidad de incluir al observador en cualquier descripción de aquello que observa. Igual que un físico subatómico es consciente de que el mismo acto de observar transforma el objeto observado (Prigogine y Stengers, 1984), la psicología fisiológica conoce desde hace mucho que las personas interpretamos o atribuimos significados a sentimientos internos basados en contextos externos (Schacter y Singer, 1962). Las palpitaciones del corazón, las palmas de las manos sudorosas y la respiración entrecortada se interpretan como amor o como miedo, en función de si se acerca un amante o nos acecha un tigre. No sabemos qué significa para nosotros un comportamiento o una experiencia hasta que la integramos en un contexto para poder comprenderla.

La terapia proporciona ese contexto interpretativo. La definición de un problema es un asunto interactivo, que involucra la percepción de mis clientes y la mía acerca de su demanda, y también el contexto que nos ha reunido. Por ejemplo, cuando mis clientes y yo discutimos un problema, estoy hasta cierto punto ratificando, en virtud de mi conversación con ellos en la consulta, que el problema es de naturaleza psicológica en lugar de médica, educativa, espiritual, legal o de cualquier otro tipo. Si ellos no están de acuerdo con este planteamiento —quizá porque han venido a raíz de la sugerencia o exigencia de otras personas o instancias—, entonces la conversación sobre el problema nos coloca necesariamente a mí y a ellos en una situación donde los objetivos no coinciden.

Otro componente contextual que define la terapia es el proceso de toma de decisiones acerca de cuántas sesiones son necesarias. En este sentido, muchos terapeutas, y también muchos clientes, están convencidos de que cuanto más grave es el problema, más sesiones requiere remediarlo. El enfoque breve que utilizo incluye varias formas de comunicarles los progresos que van haciendo y de transmitirles esperanza.

Cuando los clientes llaman para concertar la consulta inicial y comentamos los honorarios, lo habitual es que les explique cuánto cobro por hora, y a continuación les indique una estimación del número de sesiones que serán necesarias —habitualmente de ocho a diez—. Muchas veces, darles una idea inicial de la duración total de la terapia es útil para motivarlos.

La frecuencia y el número de sesiones está relacionado. A menudo, no me reúno con ellos semanalmente hasta después de las dos o tres primeras sesiones. Cuando espacio aún más las sesiones, implícita y explícitamente estoy señalando a los clientes que están mejorando; es como retirar las dos ruedas traseras de apoyo cuando se coge el tranquilo a montar en bicicleta, por decirlo de alguna manera.

Coincido en que para interpretar los comportamientos es importante tener en cuenta el contexto y que el observador forma parte de ese contexto, pero con los años me he ido alejando un poco de los planteamientos ortodoxos del MRI. Por ejemplo, una intervención estándar desde esa perspectiva es pedir a los clientes que «avancen despacio». Weakland y sus colegas explican frecuentemente que este y otros tipos de intervención paradójica están pensados basándose en la tendencia natural de las personas a generar resistencia. Milton Erickson, la influencia principal en las estrategias del MRI, explicaba la historia arquetípica de conseguir que un animal terco entrara en el establo por medio de tirarle de la cola en la dirección contraria (Erickson y Rossi, 1975). Por eso, muchas veces las intervenciones desarrolladas por el MRI están diseñadas para «tirar de la cola a los clientes».

Una interpretación de segundo orden de tales intervenciones adopta un punto de vista más sofisticado acerca de la situación. Si animo a los clientes a «ir despacio», «seguir con más de lo mismo» o «practicar el problema» —como hice con Rick y Marcia—, entiendo que les envío un mensaje a través de dos canales: el verbal («ir despacio», «seguir con más de lo mismo» o «practicar el problema») y el no verbal o contextual, que es infinitamente más complicado y de alguna manera más sutil, pero igual de importante.

Si se transmiten en el contexto de la terapia los mensajes del tipo «ir despacio», «seguir con más de lo mismo» o «dejar que ocurra» y similares se convierten en comunicaciones terapéuticas que los clientes y los terapeutas consideran generalmente que van orientados al cambio. Así, tales mensajes se entienden como si estuviera diciendo: «Les pido que interaccionen con el problema de una forma que les ayudará a cambiar la situación asociada a él». De hecho, eso es justamente lo que hacen siempre los terapeutas del MRI. La lógica básica, el encuadre, que se construye conjuntamente con los clientes, se diseña siempre para proporcionar una razón por la cual, en bien de superar el problema, hay que practicarlo más.

Desde la postura de la cibernética de segundo orden, la clave para esta forma de entender la intervención es que tiene lugar en un contexto no verbalizado de cambio (psicoterapia), que la realiza un agente del cambio (el terapeuta) y que se somete a la consideración del que desea cambiar (el cliente). Esta interpretación va más allá de simplemente tirar de la cola al problema.

Se puede ver una aplicación de estos principios en mi trabajo con Bud y Diane, cuyo problema eran los «malos orgasmos».

Ilustración de un caso

PRIMERA SESIÓN

Descripción del problema por parte de los clientes

«Tengo malos orgasmos», dijo. Yo creí que había oído mal, o que él quería decir que era anorgásmico. En ese punto, quise que me describiera más ampliamente el problema.

Monte: ¿Puede ayudarme a comprender mejor lo que quiere decir?

Bud: Bueno, Diane y yo teníamos lo que se podría llamar una vida sexual activa, normal, desde que nos casamos. Pero, desde hace un tiempo, he empezado a tener malos orgasmos. No es que no los tenga, es que cuando los tengo no son tan buenos como antes.

Monte: De acuerdo...

Bud: Nunca he tenido problemas para que se me ponga dura, ni tampoco he tenido nunca el problema de correrme demasiado pronto.

Me volví hacia Diane para asegurarme de que quedaba incluida en la conversación desde el principio. Aunque voy con cuidado para no dar excesiva importancia a cuestiones como quién asiste a las sesiones y dónde se sienta cada uno, asumí que como Diane vino a la consulta con Bud, la pareja entendía que de alguna forma el problema era *de los dos*, y no de él únicamente. Quise establecer desde el principio la pauta de utilizar la descripción del problema que hacían ambos, sus intentos de solucionarlos, y el significado que cada uno de ellos le atribuía. En última instancia, esto facilita que se involucren los dos en el tratamiento.

Todavía estaba confundido acerca de qué podía ser un «mal orgasmo», porque me parecía que esa expresión era un oxímoron. Uno de los principios más importantes de la terapia del MRI es evitar la utilización de lenguaje, etiquetas e ideas que no procedan directamente de la perspectiva del cliente, así que me dispuse a utilizar la frase «malos orgasmos» como descripción del problema.

Monte: Diane, hableme de esos malos orgasmos. ¿Cómo lo ve usted?

Diane: Bueno... (*mira a Bud*), al principio no podía entender cómo podía ser *malo* un orgasmo. Lo que quiero decir es que ¿un orgasmo no es algo bueno en sí mismo? En fin, yo no veía cuál era la diferencia. A mí me parecía que no pasaba nada, pero me quedé de piedra cuando me dijo que ya no disfrutaba con el sexo.

Aquí, quizá, tenemos una primera ampliación del significado de «malos orgasmos» —tenía algo que ver, al menos desde el punto de vista de Diane— con que Bud no disfrutase del sexo.

Bud: No es que no disfrute con el sexo. Es que mis orgasmos no son buenos.

Lo más frecuente es que las parejas estén en desacuerdo acerca de la naturaleza del problema, por ninguna otra razón más que porque tienen una forma diferente de ver las cosas. En lugar de deshacer esa disparidad, decidí empezar por seguirle la pista al origen del problema y a cómo habían intentado resolverlo.

Monte: De acuerdo. Diane, ¿cuándo descubrió que él tenía malos orgasmos?

Diane: No lo sé, supongo que fue hace unos seis meses.

Monte: Y, Bud, ¿cuando notó usted por primera vez que tenía malos orgasmos?

Bud: Hace aproximadamente un año.

Una vez más, no me sorprendió que la historia del problema que explicaba cada uno fuera diferente.

Monte: Parece que usted pudo ocultarle a Diane durante un tiempo que tenía malos orgasmos. Volvamos atrás un poco. ¿Usted tenía habitualmente buenos orgasmos hasta hace aproximadamente un año?

Bud: Claro.

Pensé que no sería arriesgado hablar de «buenos orgasmos» como base para la comparación, así que intenté seguir ampliando el significado de «malos orgasmos».

Monte: Sé que puede resultar difícil, pero ¿podría explicarme la diferencia entre malos orgasmos y buenos orgasmos?

Bud: Es más bien difícil de explicar. Cuando tengo buenos orgasmos, son como aquellos fuegos artificiales de los que uno ha oído hablar. Y las sensaciones físicas son muy intensas: parece que no es mi pene el que se corre, sino todo mi cuerpo.

Monte: Ajá. ¿Algo más?

Bud: Bueno, me hacen sentirme increíblemente cerca de Diane. No solo en el momento de correrme, sino mucho antes.

Monte: ¿Y cómo es ahora que tiene malos orgasmos?

Bud: Bueno, lo primero es que no hay fuegos artificiales. Quiero decir que están bien, como lo está cualquier orgasmo, pero esa sensación por todo el cuerpo y esa proximidad a Diane no están presentes... Simplemente, no son tan buenos como antes.

Esta descripción fue muy útil, porque me aclaró que Bud no era anorgásmico. De hecho, el problema no se parecía a otros relacionados con el orgasmo, como la eyaculación precoz o retardada.

Monte: Y, Diane, ¿puede distinguir la diferencia entre los buenos orgasmos y los malos?

Diane: Bueno, al principio no podía, pero ahora creo que dice mucho de cómo es Bud.

Monte: ¿Qué quiere decir?

Diane: Es más distante después del sexo... y ya no nos abrazamos tanto después, como solíamos hacer antes. Él no parece tan satisfecho. Simplemente se da la vuelta y se duerme. Es diferente. Antes, después del sexo nos quedábamos hablando durante horas.

Para ambos, los malos orgasmos precedían a un grado de distancia poscoital distinto, aunque en su descripción Diane no había hecho referencia a que hubiera observado alguna diferencia en Bud durante el coito.

Bud: Sé que esto puede parecer extraño. Quiero decir que no es como si fuera impotente o algo así. Fui a la biblioteca para ver si encontraba algo de esto en algún libro. Me enteré de que había un montón de problemas, que sin duda me alegro de no padecer.

No es inusual que los clientes, independientemente del problema, investiguen un poco por su cuenta cuando ven que sus esfuerzos iniciales no producen resultados. Esa investigación puede tener que ver con hablar con los amigos, consultar al médico, preguntarle al cura o recurrir a otras fuentes que consideren autorizadas. Es frecuente que los clientes con educación académica recurran a la bibliotecas, a Internet o a una librería. Con gran alivio para Bud, su búsqueda en la biblioteca le había ayudado a descartar un montón de cosas que claramente a él no le pasaban.

Monte: Entonces, ¿eso con lo que usted se enfrenta no tiene nada que ver con sentir dolor o incomodidad?

Bud: No, no duele. De hecho, las sensaciones sexuales siguen siendo buenas...

Diane: Bueno, antes pensaba que nos estábamos convirtiendo en un viejo matrimonio (*risas*). He hablado un poco del tema con las amigas que llevan casadas más tiempo que yo, y todas han dicho que con el tiempo las cosas cambian. Que para ellas ahora tampoco son como antes. He intentado explicarle eso a Bud.

Aquí Diane confirma que los dos se han esforzado para comprender su situación actual y buscar soluciones. La fuente a la que había recurrido ella para obtener información era las amigas, a las que consideraba una autoridad en el tema del sexo en el matrimonio, y su comentario sugiere que ha intentando ayudar a Bud tranquilizándole.

Bud: Sí, yo también pensé que podía ser eso. Pero, creo que hay algo más. Quiero decir que sigo amando a Diane tanto como siempre. Y en la cama, me siento tan excitado previamente y durante la relación sexual como me he sentido siempre con ella. Es solo que cuando se trata del orgasmo, ya no es tan bueno.

Monte: Entonces, los dos han estado investigando un poco por su cuenta para averiguar algo del problema. Bud, usted ha ido a la biblioteca. Y usted, Diane, ha consultado a sus amigas. ¿Qué más ha averiguado hablando con ellas?

Diane: A Bud no le gustó que le contase el problema a mis amigas. Él lo considera algo privado, y lo es, pero yo quería hacer algo para mejorar las cosas entre nosotros. Y, bueno, si mis amigas podían darme alguna idea, yo estaba dispuesta a escucharla.

Monte: Entonces, ¿algo más?

Diane: No, no he hablado con nadie más. Bud me dijo que había estado leyendo sobre el tema y eso me ayudó. Por lo menos fue tranquilizador. Supongo que soy afortunada. Generalmente, tengo orgasmos un 90 % de las veces que me acuesto con Bud. Me gusta el sexo, pero me siento mal y un poco egoísta si ahora mismo no es tan bueno para él.

Monte: ¿Usted nota si él tiene un orgasmo malo o bueno?

Volví a este punto porque en su anterior descripción ella no había hablado de cómo creía que se sentía Bud durante la relación sexual. Parecía que ambos indicaban que durante la relación sexual no había indicios externos de un orgasmo malo.

Diane: No, no durante el sexo. La mayoría de las veces tengo que preguntárselo después. Bud ha llegado a un punto en que no quiere hablar conmigo después del sexo.

Monte: ¿Así que él no aporta información voluntariamente?

Diane: Ya no. Por eso le pregunto cada vez. A veces dice que ha sido bueno, pero sé que solo está intentando ser amable, porque más tarde, durante alguna conversación, dice que a veces no me cuenta la verdad porque no quiere herir mis sentimientos.

Aquí tenemos una descripción, en pocas palabras, de las interacciones poscoitales que probablemente contribuían a su problema actual, aunque yo aún no sabía exactamente de qué manera. Antes, su relación había sido muy abierta y eso incluía la intimidad después del sexo. Justamente porque era abierta, Bud pudo contarle a Diane que tenía malos orgasmos. En última instancia, podía ser que Bud estuviera intentando proteger los sentimientos de Diane no contándole su decepción. Sus esfuerzos para protegerla incluían acostarse con ella y también distanciarse de ella.

Pensé que era el momento de explorar otras interpretaciones adicionales que ellos pudieran haber hecho en torno a los malos orgasmos. Una de las maneras de hacerlo fue preguntarles sobre los efectos o consecuencias del problema.

Monte: De acuerdo. Bueno, tengo una pregunta que puede parecer un tanto extraña. ¿De qué forma los malos orgasmos han llegado a ser un problema para ustedes?

Diane: ¿Qué quiere decir?

Monte: Bueno, ¿qué ha cambiado para ustedes dos desde que empezaron los malos orgasmos?

Diane: Supongo que no es igual para Bud que para mí, porque él lo sabía desde hacía más tiempo.

Monte: Está bien. Necesito conocer el punto de vista de los dos.

Diane: Bueno, por ejemplo, no hay duda de que ya no tengo tanta ilusión por el sexo como antes. Me siento como si yo le decepcionase.

Monte: Ajá.

Diane: Pero creo que además está empezando a afectar a mi autoestima. En ocasiones me siento como si fuera una mala esposa.

Bud: A veces me parece que le exijo demasiado a Diane y a mí mismo en ese terreno. Creo que debería sentirme agradecido de tener una esposa y una familia tan maravillosas, y dejar de preocuparme tanto. Ojalá pudiera ser feliz tal como están ahora las cosas.

Descripción de los intentos de solución por parte de los clientes

Comprender los intentos de solución de los clientes, actuales y anteriores, y que han funcionado bien total o parcialmente, es esencial para resolver el problema presente en ese momento. Desde un punto de vista pragmático, sirve para proteger la credibilidad del terapeuta porque evita sugerir soluciones que los clientes ya han probado sin éxito. A menudo, se puede considerar que la variedad de esfuerzos que han acabado en fracaso pertenecen a la misma categoría de conductas, a la misma clase de soluciones: castigo, recompensa, medicación, intentos de comprenderlo, y similares. Se entiende mejor la visión que tiene el cliente del problema si se conoce qué tipo de soluciones ha utilizado, porque señala la clase de problemas a la que según el cliente pertenecen sus quejas.

Monte: Parece que ambos llevan ya cierto tiempo debatiéndose con el problema. Usted ha buscado información en la biblioteca y ella ha hablado con sus amigas... ¿Qué otras cosas han intentado?

Diane: Bueno, pensé que si mis amigas tenían razón y era porque, ya sabe, nos estábamos acostumbrando el uno al otro, quizá podría intentar hacer las cosas un poco más picantes. Me compré camisones nuevos, y él ni siquiera se fijó. No creo...

Bud (*acabando la frase de ella*): Me fijé. Me sentí incluso peor al ver que te esforzabas tanto y yo seguía sin tener buenos orgasmos.

Diane: Oh, no pensé que te hubieses fijado. En fin... intenté tomar la iniciativa en el sexo más a menudo.

Monte: ¿Y qué tal funcionó?

Diane: No funcionó, al menos él no parecía más satisfecho...

Bud: Diane, simplemente pensaba que te estabas esforzando en exceso.

Diane: Sí, quizá sí. Entonces pensé que le estaba presionando demasiado, así que di marcha atrás. Ya no daba el primer paso para hacer el amor tan a menudo.

Una de las cosas que probó para intentar resolver el problema fue ser más agresiva sexualmente, pero cuando vio que no funcionaba, entonces pensó que quizá sería mejor probar a ser más pasiva, pero tampoco sirvió. Describió también otros intentos que había hecho para resolver el problema entre ellos, como planear veladas románticas y un par de escapadas de fin de semana en algún hotelito de la zona. Pensó que un cambio de escenario y una tregua de la familiaridad de la vida cotidiana podría ayudar. Dijo también que antes de irse a la cama le preguntaba qué era lo que le gustaba, para estar más atenta a sus necesidades, y mientras tenían relaciones sexuales intentaba asegurarse de que él estaba disfrutando.

Además de buscar en la biblioteca y en las librerías alguna información que pudiera servir para abordar el problema, Bud sugirió a Diane que hicieran el amor menos a menudo, porque pensaba que quizá la frecuencia de las relaciones sexuales le había quitado al sexo ese algo de único. Añadió que acaso se habían acostumbrado tanto el uno al otro que podía ser que él hubiera perdido interés. Intentó colaborar con la estrategia de Diane de decirse el uno al otro lo que deseaban y preferían. Sin embargo, desanimado y desmoralizado como resultado de los malos orgasmos, había vuelto a masturbarse por primera vez desde que era un adolescente. Dijo que así tuvo buenos orgasmos, pero tampoco tan satisfactorios como los que había experimentado antes con su mujer.

Dar sentido al problema

Temeroso de que los orgasmos malos significaran que la «luna de miel se había acabado», Bud asumió que quizás era natural que el sexo se volviese insatisfactorio después de varios años de matrimonio. También consideró la posibilidad de que su sexualidad fuese en declive. Preocupado por si tenía algún problema orgánico, consultó con el médico de familia, que se rió de la idea cuando Bud le dijo que tenía orgasmos malos, pero que le aseguró, después de un examen exhaustivo, que no había evidencia de ningún problema físico.

Diane dijo que ella era invariablemente orgásmica, pero que en los últimos meses estaba más dispersa a causa de su preocupación por Bud. La primera vez que él le dijo que tenía orgasmos malos, Diane se quedó preocupada pensando que acaso él ya no la

amaba. Tenía miedo de que quizás ahora no era tan atractiva como antes y por eso él se sentía menos atraído por ella, aunque Bud le aseguró que ése no era el caso. Diane empezó también a sospechar que podía ser que fuera demasiado exigente y se hubiera convertido en una perfeccionista.

Parecía que una nube de pesimismo sobre su relación sexual en particular, y sobre su matrimonio en general, se cernía sobre ellos. En tales circunstancias, a menudo busco comprender mejor los miedos de los clientes y averiguar si ellos veían la situación actual como un presagio de que lo peor estaba aún por llegar.

Monte: Sé que la siguiente pregunta puede parecer excéntrica, pero, Bud, ¿cómo son de malos los orgasmos? ¿Y cómo de malos podrían llegar a ser?

Bud: Bueno, son bastante malos actualmente. Supongo que si continuasen empeorando dejaría por completo de hacer el amor con Diane.

Diane: Ésa es una de las cosas que me dan miedo. Temo que nuestra relación se deteriore porque Bud no disfruta en la cama.

Bud: Sé que el sexo no lo es todo en una relación, pero ha sido parte del conjunto de nuestra intimidad, y es eso lo que me da miedo, que la estamos perdiendo. Supongo que la diversión con el sexo desaparecería por completo y, Diane tiene razón, parte de nuestra intimidad también se esfumaría.

Monte: Así que a ustedes les preocupa que esta situación empeore. ¿Son capaces ahora de distinguir alguna diferencia en el grado en que son malos los orgasmos?

Diane: No la distingo en cuanto a los orgasmos, pero sí veo que nuestra relación está definitivamente empeorando.

Bud: Creo que algunos orgasmos son mucho peores que otros. De hecho, a veces, y por un momento, creo que voy a tener un orgasmo bueno, usualmente cuando empezamos a hacer el amor, pero después resulta que es malo. Y algunas veces no es tan malo como otras.

Monte: ¿Se ha fijado en qué está haciendo usted, en el momento que tiene esa sensación, para intentar tener un orgasmo que no sea «tan malo»?

Bud: No estoy seguro de si hago algo... Supongo que intento concentrarme en conservar esa sensación buena y hacerla durar. Intento pensar en la sensación que producen las cosas buenas, pero al final sale mal.

Monte: ¿En alguna de esas ocasiones el orgasmo ha sido «bueno»?

Bud: A veces pienso que va a ser bueno y entonces ocurre algo que lo estropea.

Monte: ¿Qué tendría que hacer usted para que sus orgasmos fueran peores?

Muchas veces, esta última pregunta proporciona alguna pista acerca de qué es lo que intentan evitar o tienen miedo de hacer. También es útil para redondear su interpretación del origen o causa del problema y me permite conocer qué trayectoria está siguiendo ese problema según ellos.

Bud: Claro, supongo que podrían ser peores, pero no sé cómo lo haría para empeorarlos. Como hemos dicho, nuestra relación podría ir a peor. Si Diane empezara a echarme la culpa de los malos orgasmos o yo empezara a echársela a ella, podrían empeorar. Creo que principalmente me he estado culpando a mí mismo.

Diane: Supongo que podría prestarle menos atención en la cama y empezar a evitarle por completo.

Explicación

Los problemas surgen cuando no se manejan bien las dificultades corrientes de cada día. En este caso, quizá, la comparación casual de un episodio sexual con el recuerdo de otros, y la consiguiente conclusión de que no era satisfactorio, creó un problema permanente. Hacer ese tipo de comparaciones llevó a Bud a asumir el papel de espectador en los episodios amorosos siguientes, convirtiéndole en un crítico distanciado de su propia experiencia sexual. Este distanciamiento alteró el contexto de esa experiencia al transformar a Bud de participante en observador. Supervisarse a sí mismo fue su primer intento de resolver el problema de los «orgasmos malos». Inevitablemente, cada experiencia sexual supervisada tan atentamente tenía que ser menos satisfactoria, porque estaba contaminada por el propio acto de observar.

En algún momento, Bud compartió su decepción con su esposa —un paso más en el intento de resolver el problema— y así ella quedó reclutada para colaborar en su solución. La participación en la actividad sexual con su marido quedó comprometida, porque al convertirse también ella en observadora perdió su espontaneidad habitual. Diane, con buena intención, probó varias cosas para resolver el problema, pero cuando no funcionaron el resultado le generó aún más ansiedad y preocupación por su relación. Así, los intentos iniciales de ambos para solucionar el problema (controlar de cerca lo que estaba pasando) produjeron un cambio importante en su relación sexual, y la volvió menos espontánea.

Los intentos de solución de la pareja magnificaron el problema original, y esa percepción magnificada del problema hizo que también magnificaran los esfuerzos para resolverlo. Bud y Diane ponían cada vez más empeño en observar e intentar recuperar una relación sexual satisfactoria. Fijese en que cada episodio de sexo insatisfactorio producía un cambio en la percepción o interpretación de la situación (por ejemplo, «está empeorando» o «es peor de lo que pensaba»). El sexo cambió y dejó de ser el acto espontáneo de hacer el amor para convertirse en una intensa actividad dirigida a solucionar un problema. Algunos de los intentos de solucionarlo de ambos fueron discutirlo antes y después de la relación sexual; cambiar la frecuencia, la intensidad y la localización del encuentro amoroso; investigar; y actuar a propósito de una forma diferente.

Masters y Johnson (1970) y otros describieron los afanes de las parejas para sustituir los esfuerzos conscientes por la espontaneidad y detallaron cuáles fueron los problemas resultantes. Aunque los métodos de Masters y Johnson parecen a primera vista distintos de las técnicas del MRI, ambos enfoques recomiendan formas de animar a la gente a abandonar sus intentos conscientes de resolver el problema. En el caso que he expuesto, Bud intentaba forzarse a sí mismo a tener un «orgasmo bueno» lo que resultó en una hipervigilancia de su conducta sexual.

Intervención

Cuando planificaba la forma de intervenir en esa situación, tenía en mente la conexión que existía entre las interacciones de la pareja que tenían que ver con el problema. La estrategia básica fue encontrar la manera de interrumpir o desconectar de la actividad sexual de la pareja aquellas conductas que tenían que ver con los intentos de solución. En este caso, explicarles las consecuencias dañinas de asumir el papel del espectador crítico probablemente no hubiera resultado muy útil. De hecho, criticar su actuación como personas que se esfuerzan en resolver el problema podía causar que se sintieran aún más presionados, y exacerbar por tanto la situación. El MRI describe diversas estrategias, pero todas ellas se derivan de una de las siguientes prescripciones:

- disminuya los comportamientos orientados a la solución;
- aumente los comportamientos orientados a la solución;
- modifique los comportamientos orientados a la solución.

El arte de la psicoterapia, y el ingrediente activo de cualquier intervención, depende de la habilidad del terapeuta para crear un contexto que permita a los clientes seguir la intervención. El MRI describe la creación de este contexto como reencuadre —el proceso de ajustar el encuadre o los límites del problema de forma que algunos de los detalles que son parte de la situación permanezcan en el encuadre, mientras que otros queden fuera de él antes de que sean más prominentes—. Según mi experiencia, es más fácil reencuadrar la imagen que tiene el cliente del problema que conseguir que adquiriera una nueva.

La información acerca del encuadre actual del cliente —su interpretación del problema y de las claves para modificarlo— surge a partir de las conversaciones terapéuticas y de preguntas concretas. En este caso, durante la entrevista aparecieron diversas ideas con potencial para cambiar el encuadre:

- Bud y Diane eran una pareja que tenía una relación estrecha, y que se amaba.
- Estaban ambos activamente involucrados en intentar resolver su problema.
- Hicieron los dos un uso excelente de los recursos, como las amigas y la biblioteca.
- Estaban convencidos de que las cosas podían empeorar.

A menudo, al final de la primera sesión, y como primer paso, hago preguntas a los clientes con objeto de reunir información acerca del problema.

Monte: Necesito establecer una línea de base para entender exactamente a qué nos enfrentamos.

Aunque obtener los datos de una línea de base es algo habitual en numerosos enfoques terapéuticos, aquí lo hice deliberadamente para apelar a la mentalidad científica de Bud. No únicamente por su educación y su carrera en el campo de las ciencias, sino también porque su primer intento de solución había sido investigar en la biblioteca. Aunque en apariencia esta tarea de recopilar información no es más que un ejercicio

corriente de recogida de datos, en realidad es una intervención. Cada vez que se pide a un cliente que realice observaciones de sus comportamientos, éstos, inevitablemente, cambian, porque el acto mismo de observar cambia la observación. En su caso, este tipo de intervención también era adecuado, debido a que el problema estaba excesivamente anclado en su rol como observadores de los orgasmos de Bud. Diseñé la intervención como un medio de cambiar su encuadre de observación y por tanto también sus observaciones, aunque solo fuera un poco.

Monte: Sospecho que las cosas podrían haber ido a peor en esta situación. Creo que ustedes dos se han esforzado mucho para resolver el problema y están intentando evitar que empeore.

Bud: No lo sé, supongo que podría ir a peor.

Monte: Bueno, hay opciones. Por ejemplo, ustedes siguen intentándolo, aún no se han rendido. Si se rindiesen, las cosas podrían sin duda empeorar.

Diane: Supongo que es cierto.

Monte: Bueno, les diré lo que necesito. Necesito saber cómo son realmente esos orgasmos malos.

Bud: Son bastante malos.

Monte: Me doy cuenta de eso, pero sospecho que quizás usted está haciendo cosas, consciente o inconscientemente, que impiden que esos orgasmos sean peores de lo que ya son. Lo que me gustaría es que ustedes dos dejaran que los malos orgasmos se produjeran naturalmente durante esta semana. En otras palabras, que no hicieran nada para mejorarlos o para mejorar las cosas. Simplemente, sigan adelante y tengan relaciones sexuales como las tenían antes; no intenten interferir en los orgasmos malos. Necesito saber si los orgasmos son peores cuando ustedes no intentan hacer nada por mejorarlos.

Bud: ¿Quiere decir que tenemos que pasarlo mal cuando practiquemos el sexo?

Monte: Bueno, imagino que ya lo pasan mal ahora. Pero, sí, sé que esta semana no será agradable. Pero si queremos llegar hasta el fondo del problema, vamos a necesitar reunir datos válidos con los que poder trabajar. Esto no es una solución a su problema, es simplemente el primer paso para intentar entender qué es lo que pasa. Así que, durante esta semana, cuando tengan relaciones sexuales quiero que presten atención a lo que suceda antes y después de los orgasmos malos, así podremos saber a qué nos enfrentamos.

Bud: No lo entiendo. ¿Es algo así como hacer experimentos en condiciones de laboratorio, como opuesto a hacer experimentos de campo?

Monte: ¡Exacto! Eso es. Necesitamos saber cómo son los orgasmos malos cuando ustedes no hacen ningún esfuerzo para que sean buenos.

Diane: No sé si he entendido bien. Yo he estado haciendo todo lo contrario, intentar contentar a Bud.

Monte: Ése es un buen ejemplo, Diane. No se preocupe por contentar a Bud. Simplemente siga adelante y tenga relaciones sexuales con él como antes, y ya hablaremos de esto la semana que viene. Sé que puede ser desagradable para Bud continuar teniendo malos orgasmos, pero a veces las cosas empeoran antes de mejorar. Aparte de eso, no hagan ningún cambio. No mantengan relaciones sexuales ni más ni menos de lo que consideren normal.

Bud: Es decir, hay que mantenerlo todo en condiciones estándares.

Monte: ¡Veo que lo ha comprendido!

Hay diversos aspectos de la tarea que les asigné que vale la pena mencionar. El primero es que fue un intento de persuadir sutilmente a la pareja para que dejaran de intentar curar los malos orgasmos. Sin embargo, como la petición tenía sus raíces en el contexto de la terapia, el mensaje de continuar teniendo malos orgasmos estaba entretelado con otro mensaje: «Una forma de dejar de tener orgasmos malos es colaborar conmigo durante un tiempo y seguir teniendo malos orgasmos».

El segundo es que cambié la perspectiva de los observadores. Recoger datos de base permitió a la pareja abandonar temporalmente los intentos de resolver el problema. De hecho, el significado del funcionamiento del problema cambió de «algo que hay que evitar» a «un paso necesario para completar la tarea asignada». Si los orgasmos malos eran ahora necesarios para propósitos de recogida de información, entonces la experiencia de tenerlos se produciría en un encuadre distinto, y generaría el potencial para, de alguna forma, vivíroslos de manera diferente.

SEGUNDA SESIÓN

Una semana después, Bud y Diane llegaron a mi oficina con una tímida sonrisa en los labios. Cuando les pregunté cómo les había ido con la tarea que les encomendé, dijeron que habían realizado el coito en cuatro ocasiones diferentes. Los orgasmos de Bud habían sido malos, pero no tanto como los anteriores y, de hecho, habían mejorado un poco hacia el final de la semana. Le pregunté a él cómo hacía para compararlos y no supo qué decir, pero señaló que ya se había producido alguna mejora temporal en el pasado. Me mostré de acuerdo con él en el sentido de que en caso de mejoría, había que tomarlo solo como algo temporal. He visto que es mejor no ser demasiado optimista si un cliente informa de mejoras a corto plazo.

Diane dijo que, al liberarse de la presión de tener que hacer algo con el tema de los orgasmos de Bud, durante esa semana había disfrutado más del sexo. Les pregunté acerca de las conversaciones poscoitales, porque antes ése era el momento en que hablaban de que las cosas no habían ido bien. Dijeron que aparte de comprobar si Bud había tenido realmente un orgasmo malo, Diane no insistió en el tema. Ella dijo también que no se había sentido responsable de los orgasmos malos de él, sino que simplemente tomó nota de ellos como parte de la tarea asignada en beneficio de la terapia.

Les alabé por su capacidad de completar la tarea que les encomendé, y después dedicamos el resto de la sesión a revisar cuidadosamente sus observaciones antes, durante y después de las cuatro ocasiones en que hicieron el amor. Bud dijo que había intentado fijarse desde el principio para captar la «naturaleza del orgasmo malo», pero que no lo consiguió del todo porque ninguno de los que tuvo fue especialmente malo. Diane incidió más en que después del sexo habían pasado tiempo abrazándose cariñosamente y hablando de su hija y de hacer planes para las vacaciones.

Diane: Sabía que se suponía que no debíamos hablar de los orgasmos de Bud, pero sí que tenía ganas de conversar con él, así que simplemente charlamos de cualquier cosa, como hacíamos antes de que empezara todo esto.

Bud: Eso me llamó la atención, me refiero a que charlásemos después del sexo. Y me gustó. Lo echaba de menos. Me resultó más fácil hablar con Diane porque sabía que no íbamos a tocar el tema de mis orgasmos. De hecho, casi no pensé en ellos después de que empezásemos a hablar.

Monte: ¿Y qué tal durante el sexo? ¿Hicieron algo para tener un orgasmo malo?

Bud: Bueno, supuse que tenía que volver a la disposición mental en que estaba antes de empezar a tener malos orgasmos.

Monte: ¿Cómo lo hizo?

Bud: Bueno, antes y durante el sexo miraba a Diane e intentaba prestar atención a lo bien que ella hacía que me sintiera. Es difícil de explicar, pero tenía que ver con centrarme más en Diane, como hacía antes, y menos en mí mismo. Simplemente, intentaba dejar que sucediese —el sexo—. Solo probaba a dejar que hubiese orgasmos malos.

Diane: Yo igual. Me refiero a que estaba más centrada en mí misma. Bud y yo comentamos un poco la tarea que usted nos encomendó y cómo realizarla. Hablamos de intentar volver atrás y tener relaciones sexuales de la misma forma que antes, en lugar de intentar que fueran mejores de lo que eran. No sé exactamente cómo explicarlo. No es que no me importase si Bud estaba disfrutando o no del sexo durante esta semana; se trata más bien de que yo no pensaba en ello antes de que todo esto empezase. Entonces, simplemente asumía que él iba a disfrutarlo, y no estaba preocupada. Y eso es lo que he hecho esta semana.

Para mí estaba claro que Bud y Diane iban por el buen camino para eliminar los orgasmos malos de su vida sexual. Había varias señales de progresos: por lo menos de momento, habían dejado de intentar arreglar el problema y de forzar a Bud a tener orgasmos buenos; habían vuelto a pensar espontáneamente en el sexo tal como era en el pasado; y su estado de ánimo era optimista. Durante esta sesión, aunque hablaron de los «orgasmos malos», nos centramos en qué habían hecho de diferente que hubiera resultado bien cuando practicaron el sexo durante la semana anterior.

Al final de la segunda sesión, les expliqué que como no había habido suficientes orgasmos malos, aún nos faltaban datos de base. Así que les pedí que continuaran con la actividad de observación de los orgasmos malos. Se mostraron de acuerdo, pero se quejaron de que preferirían otra semana como la anterior. Les animé a que repitiesen todo lo que habían hecho durante esa semana.

SEGUIMIENTO

Un par de días antes de la tercera sesión, Diane llamó para cancelar la cita, y dijo que Bud tenía que irse de viaje por cuestiones de trabajo en unas fechas que coincidían con el día de la terapia. Le pregunté si de todas formas podía darme algunos datos acerca de los orgasmos malos.

Diane: Eso tiene que hablarlo con Bud. No creo que él vaya a obtener el aprobado.

Monte: ¿Qué quiere decir?

Diane: Bueno, hemos tenido relaciones sexuales pero, por lo que yo sé, Bud ha tenido orgasmos buenos de nuevo, en todas las ocasiones. Al menos eso es lo que él ha dicho. Y a mí también me lo ha parecido. Así que no hizo los deberes. Supongo que suspenderá (*risas*).

Monte: Bueno, ¿y usted qué tal?

Diane: Para mí ha sido una semana estupenda. No he estado tan preocupada por Bud. Y las cosas han ido a mejor, dentro y fuera de la cama.

Antes de colgar le pedí a Diane que le dijera a Bud que me llamase antes de concertar día para otra sesión. Si las cosas iban bien para Bud, y ellos habían encontrado la forma de volver a encarrilar su vida, no quería programar otra sesión todavía.

Bud me llamó unos días después y me dijo, en tono optimista, que no había podido realizar la tarea que le encomendé. «Intenté tener orgasmos malos un par de veces, pero no pude. Hace unas dos semanas me di cuenta de que me había olvidado de tener malos orgasmos. Lo que quiero decir es que estaba tan absorto en el sexo con Diane que no me acordaba de si había que tener orgasmos malos o buenos». Cuando le expresé mi preocupación porque ellos ya habían experimentado alguna mejoría temporal anteriormente, me aseguró que de alguna forma esta vez parecía diferente. Acordamos programar una cita para al cabo de cuatro semanas, con propósitos de seguimiento.

De nuevo, antes de reunirnos llamaron para cancelar la cita, y me aseguraron que las cosas habían vuelto a ser tal como eran al principio de su matrimonio. «De hecho», dijo Bud, «a veces incluso mejores». Cuando le pasó el teléfono a Diane, ella confirmó que las cosas habían mejorado «un mil por ciento». Acordamos que retrasaríamos la siguiente cita hasta que la necesitaran.

Esperé un año antes de llamarlos para obtener información de seguimiento. Fue Diane quién cogió el teléfono, y me dijo que nunca habían vuelto a pensar en los orgasmos malos. Explicó con alegría que estaban esperando su segundo hijo. Le pasó el teléfono a Bud, y él confirmó que les iba muy bien y que no había tenido ningún orgasmo malo desde hacía más de un año. Éstas fueron sus palabras: «En realidad, ni siquiera creo que haya pensando en eso desde hace mucho tiempo».

Comentario

Este capítulo ilustra la aplicación del enfoque breve interaccional del MRI (con matices de la cibernética de segundo orden) a un problema sexual único, y demuestra que un pequeño ajuste en los comportamientos orientados a solucionarlo puede comportar un cambio significativo. A menudo, me encuentro con que los clientes hacen progresos rápidos después de que se produzca una pequeña diferencia en su situación actual. Durante la primera sesión se maximizan las oportunidades de introducir ese tipo de cambio (Weiner-Davis, De Shazer y Gingerich, 1987; Talmon, 1990), en un momento de máxima motivación del cliente. Éste fue sin duda el caso de Bud y Diane, cuya historia anterior de encuentros sexuales era satisfactoria, y a quienes, fuera del dormitorio, les seguía yendo bien. Aunque me hubiera gustado poder realizar una entrevista final a esta pareja en mi consulta, probablemente hubiera sido más para satisfacer mi propia necesidad de cerrar el caso, que para atender a la necesidad de que Bud y Diane siguieran adelante.

El éxito de este caso se puede atribuir a diversos factores. Cuando la pareja, durante la primera sesión, adoptó una postura observacional distinta, interrumpió la pauta de intentar evitar los malos orgasmos. En otras palabras, dejaron que los orgasmos de Bud «ocurriesen», en lugar de intentar que se produjesen de una manera determinada. Al cambiar de observadores con un propósito determinado a observadores accidentales, la manera de relacionarse de Bud y Diane con el problema se transformó.

Aunque la naturaleza de su demanda era inusual, su carácter de única se deriva del hecho de que no encaja en ninguna categoría de diagnóstico nosológico oficial que exista en la actualidad. Algunos terapeutas hubieran intentado replantear o redefinir el problema de Bud y Diane como una disfunción orgásmica, para la que ya existen protocolos de tratamiento estandarizados. Un terapeuta conyugal lo podría haber diagnosticado como un problema de comunicación o como un problema localizado en una o ambas familias de origen, y hubiera procedido a asignarle un grado de prioridad relativo, considerándolo simplemente un síntoma o una metáfora de problemas mayores en la relación. Un terapeuta individual quizá se inclinaría por buscar la categoría del *DSM-IV* apropiada para Bud o para Diane, realizaría una primera entrevista sin duda diferente y planificaría la terapia en torno a tratamientos estándares, quizás «empíricamente validados», que se adecuasen al diagnóstico a que hubiese llegado.

El enfoque que adopté en este caso dejaba margen para interpretaciones idiopáticas y tratamientos diseñados a medida del cliente. Como se deriva de las palabras de Tolstoy, cada cliente y cada situación son diferentes de cualquier otro cliente y de cualquier otra situación. Con este supuesto en mente, realicé entrevistas que respetaban y utilizaban las circunstancias e interacciones únicas de cada cliente, en lugar de ir a la búsqueda de una etiqueta diagnóstica que pudiese capturar sus similitudes con otros «pacientes» que tuviesen «el mismo trastorno». Al mantenerme en todo momento en sintonía con el lenguaje, los significados, las interpretaciones, las capacidades, las experiencias y la cultura —es decir, con el contexto— puedo trabajar creativamente para ayudar a mis clientes a resolver de formas únicas sus problemas únicos en el espacio de tiempo más breve posible.

Bibliografía

- Erickson, M. H. y E. L. Rossi, «Varieties of double bind», *The American Journal of Clinical Hypnosis*, nº 17, 1975, págs. 143-157.
- Fisch, R., J. H. Weakland y L. Segal, *The tactics of change: Doing therapy briefly*, San Francisco, Jossey-Bass, 1982 (trad. cast.: *La táctica del cambio: cómo abreviar la terapia*, Barcelona, Herder, 1994).
- Keeney, B., *Aesthetics of change*, Nueva York, Guilford Press, 1983 (trad. cast.: *Estética del cambio*, Barcelona, Paidós, 2001).
- Masters, W. H. y V. E. Johnson, *Human sexual inadequacy*, Boston, Little, Brown, 1970.
- Prigogine, I. e I. Stengers, *Order out of chaos: Man's new dialogue with nature*, Nueva York, Bantam, 1984.
- Schacter, S. y J. Singer, «Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state», *Psychological Review*, nº 69, 1962, págs. 379-399.

- Talmon, M., *Single-session therapy: Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter*, San Francisco, Jossey-Bass, 1990.
- Von Foerster, H., *Observing systems*, Seaside, California, Intersystems Publications, 1982.
- , *Understanding understanding: Essays on cybernetics and cognition*, Nueva York, Springer, 2002.
- Watzlawick, P. y J. Weakland, *The interactional view: Studies at the Mental Research Institute*, Nueva York, Norton, 1977.
- , J. Weakland y R. Fisch, *Change: Principles of problem formation and problem resolution*, Nueva York, Norton, 1974 (trad. cast.: *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*, Barcelona, Herder, 2007).
- Weakland, J. H., R. Fisch, P. Watzlawick y A. Bodin, «Brief therapy: Focused problem resolution», *Family Process*, nº 13, 1974, págs. 141-168.
- Weiner-Davis, M., S. de Shazer y W. J. Gingerich, «Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution: An exploratory study», *Journal of Marital and Family Therapy*, nº 13, 1987, págs. 359-363.

CAPÍTULO 8

QUE QUEDE ENTRE NOSOTROS: UN ENFOQUE RELACIONAL DE LA TERAPIA DE PAREJA

Douglas Flemons y Shelley Green

El título de este capítulo, «Que quede entre nosotros», sugiere la clase de intimidad que se genera cuando la pareja comparte el uno con el otro información privilegiada o ternura, pero lo más importante es que dice mucho acerca de cómo enfocamos la terapia y el cambio nosotros dos. La mayoría de los clientes que acuden a la consulta albergan la expectativa (o al menos la esperanza) de que les liberaremos de un problema que reside en el cuerpo o en la cabeza de ellos mismos, de su pareja o de otros miembros de la familia. Pero nosotros no enfocamos los problemas, ni su resolución, de esa manera. En primer lugar, asumimos que cualquier esfuerzo para negar algo odiado o temido no hace más que agrandar su importancia (Flemons, 2002, 2003), y en segundo, no consideramos ningún problema como una *cosa*, que se puede localizar o transformar dentro de una persona en concreto o de una parte específica de su cuerpo (Flemons, 1991). Nuestra imaginación terapéutica se centra más bien en cómo ayudar a cambiar *la relación entre las cosas* —en especial, la relación entre los clientes, y la relación entre ellos y su problema—. Ahí es donde podemos producir una diferencia, ayudando a cambiar cómo se relacionan los clientes entre sí, y con aquello que luchan por erradicar.

Este capítulo perfila en líneas generales nuestros supuestos terapéuticos —que en cierto modo difieren de los de otros terapeutas breves— y demuestra su aplicabilidad a casos relacionados con el sexo. Usted advertirá sin duda la compatibilidad que existe entre nuestra perspectiva y otros enfoques dentro y fuera del contexto de la terapia breve. De manera similar a los psicoanalistas (véase, por ejemplo, Henry, Strupp, Schacht y Gaston, 1994), prestamos mucha atención a la relación entre nosotros y nuestros clientes; al igual que los cognitivos-conductuales (véase, por ejemplo, Meichenbaum, 1977) y los terapeutas breves del MRI (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974), tenemos conciencia de hasta qué punto el significado puede moldear el comportamiento. Como los terapeutas feministas y narrativos, somos sensibles a las voces que han sido marginadas, a los procesos de decisión dentro de la pareja, y a de qué manera cada miembro de la pareja «relata» la historia de su problema (Goldner, Penn, Sheinberg y Walker, 1990; Penn y Frankfurt, 1994; Roberts, 1994; White y Epston, 1991). Y coincidimos con muchos terapeutas breves en pensar contextualmente (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1978) en tener en cuenta los procesos de

interacción (Watzlawick y otros; Weakland, 1993), y en no considerar necesario el diagnóstico del *DSM* para aportar soluciones o encontrar excepciones a los problemas (véase, por ejemplo, De Shazer, 1994).

Usted seguramente advertirá también aquellos aspectos en que nos apartamos de modelos más consolidados. No interpretamos la naturaleza de la relación entre nosotros y nuestros clientes (Henry y otros, 1994), y no pensamos en términos de contratransferencia (Eisenbud, 1978); evitamos las técnicas de detención del pensamiento, y no intentamos desensibilizar o inundar a nadie (Redd, Porterfield y Anderson, 1979); no realizamos intervenciones paradójicas (Selvini Palazzoli y otros, 1978) ni exteriorizamos los problemas (White y Epston, 1991).

No partimos de crear ni correspondencias ni divergencias con otros enfoques, sino que fuimos directos al núcleo de cómo funciona el lenguaje y la mente, y derivamos de esas ideas algunos supuestos y prácticas terapéuticas generales (Flemons, 1991, 2002) que se pueden aplicar a problemas sexuales o de cualquier otro tipo; sin embargo, el trabajo en el terreno de la sexualidad requiere algo más de sabiduría y sensibilidad (Tiefer, 1995). Por ejemplo, nuestra forma de entender el deseo y la respuesta sexual, y nuestro conocimiento de las estructuras y los procesos fisiológicos, nos ayuda a albergar expectativas realistas acerca de lo que los clientes pueden hacer y del placer que pueden obtener de lo que hagan, y a saber cuándo hay que derivar a un cliente.* Al igual que un médico puede diferenciar lo personal y lo profesional, y conservar al mismo tiempo una actitud cálida, nosotros distinguimos las *conversaciones* —sobre pensamientos y actos íntimos— que son personales de las que son profesionales, sin por ello sacrificar un alto grado de empatía. Los clientes llegan a la consulta con una gama muy amplia de preocupaciones sexuales, y son las posibilidades de cambio, y no las oportunidades de potenciar la excitación, las que despiertan nuestra curiosidad terapéutica. Los terapeutas que se dispersan a causa de sus propias reacciones (ya sean de vergüenza o de excitación) ante las historias de los clientes, se arriesgan a crear situaciones que no son ni útiles, ni apropiadas, ni éticas. Estas consideraciones se aplican también a otros contextos, pero cuando se trata del sexo hay que poner más alto el listón.

Supuestos terapéuticos

Lo que hace falta es hablar claramente sobre las relaciones.

GREGORY BATESON

Cuando usted va paseando y percibe las cosas a su alrededor, distingue entre usted mismo como observador y aquello que observa. Si el objeto de su percepción está fuera de su alcance, y sobre todo si éste le resulta molesto —por ejemplo, un perfume muy

fuerte que lleva un cliente, un conductor que le bloquea el paso con su vehículo, o un teléfono móvil que suena en el cine en mitad de la película—, lo habitual es que usted experimente una *escisión entre usted y el objeto percibido*. Pero también se produce esa brecha entre observador y observado cuando se trata de cosas que percibe en *usted mismo*, especialmente cuando le disgusta o le repele lo que percibe, ya sea un pensamiento recurrente que no le deja en paz, una parte de su cuerpo que le desagrada, o un temor a algo que le huela la sangre.

Usted, como el resto de todos nosotros, tiene la impresión permanente (o más bien dicho, la ilusión cartesiana) de que su experiencia se compone de cosas o unidades aisladas, separadas cada una de ellas de la otra, y distintas de otras cosas o unidades diferenciadas, además de ajenas al contexto en que usted las percibe. Y, lo que es todavía más disparatado, pero que nos ocurre también al resto de nosotros, se experimenta a usted mismo como separado de esa experiencia. Capta que la parte de usted que es consciente de que está percibiendo algo —su Yo consciente o Yo «que observa»— está aparte, diferenciado de lo que usted capta, piensa y siente. Pero si esto fuera verdad, usted podría eliminar fácilmente los objetos que le molestan. ¿Aquel recuerdo horrible? ¡Eliminado! ¿El dolor de estómago? ¡Eliminado! ¿El enfado causado por la discusión de la noche anterior? ¡Eliminado!

El hecho de que el Yo que observa no pueda controlar su percepción, sus pensamientos y sus emociones de esa forma es la demostración de que toda experiencia es fundamentalmente *relacional*. Al igual que no es posible no comunicarse (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967), tampoco es posible no relacionarse. Si intenta bloquear, sacar de en medio o controlar algo que identifica como alteridad (ya sea dentro o fuera de usted mismo), no conseguirá hacerlo desaparecer ni tampoco convertirlo en menos molesto. En realidad, sus esfuerzos para negarlo únicamente servirán para que su importancia sea mayor, y para convertirlo así, no en menos, sino en más problemático.

Por esta razón los clientes experimentan aquellos síntomas sobre los que no tienen control —por ejemplo, contracciones espasmódicas de los músculos en el interior y alrededor de la vagina, o aparición de imágenes sexuales perturbadoras a todo color cuando están a punto de dormirse— como si les controlasen *a ellos*. Enredados en sus supuestos cartesianos y sus fracasadas tentativas para liberarse del problema, emprenden la búsqueda de un terapeuta con la esperanza de que éste pueda ayudarles a perfeccionar sus intentos de negarlo. Pero con cada uno de esos esfuerzos, las cosas empeoran aún más. La tarea de un terapeuta, como dijo una vez Milton Erickson, es «alterar, no abolir» (1986, pág. 104).

Conscientes de que los clientes no pueden lograr distanciarse ellos mismos del objeto que les molesta, lo que buscamos son formas de ayudarles a cambiar su *relación* con ese objeto. El problema no existe como un objeto aislado, y por eso solo es posible transformarlo por medio de transformar la relación del cliente con él. Al ayudar a los clientes a conectar más cómodamente con ese objeto, facilitamos que se relaje la propia

relación que tiene con él, lo que permite que el problema adquiriera un significado diferente o sea menos acuciante. En la medida en que cambia o se minimiza su significado, otras cosas más interesantes captan la atención del cliente, y así el problema se puede desplazar a la periferia de la conciencia.

Por ejemplo, puede que un hombre que no consigue tener una erección cuando las circunstancias justifican que la tenga, se sienta frustrado y asustado ante su incapacidad de predecir o controlar su respuesta sexual. Cuando acude a nosotros un cliente de este tipo, no le ofrecemos hacer desaparecer el problema. Parte de ese problema es que la «respuesta sexual controlada» es un oxímoron, porque para tener éxito de la forma que imagina el cliente sería necesario fracasar por completo.

Una forma de facilitar la conexión entre ese hombre y su síntoma es asumir que su pene está tomando sabias decisiones acerca de cuándo estar erecto y cuando mantenerse flácido (o cuándo volver a ese estado), eso, por supuesto, siempre que se haya descartado o solventado cualquier posible problema médico. Lo que hacemos es invitar a ese hombre y a su pareja a unirse a nosotros en la curiosidad por conocer esa sabiduría librepensadora de su pene, y les pedimos que nos ayuden a reunir información adicional acerca de cómo sabe el pene cuándo levantarse y cuándo reposar durante un tiempo. Hacemos preguntas concretas sobre la pauta que sigue el comportamiento del pene, y, basándonos en ellas, le pedimos a la pareja que experimente con diversos tipos de actividades sexuales. No les decimos que no realicen el coito; lo que les pedimos es que nos ayuden a comprender la lógica del cuerpo de ese hombre. Todas las interacciones sexuales se convierten, durante un tiempo, en una especie de recogida sistemática de datos, y esto cambia la relación de la pareja con el problema. En lugar de echarse atrás ante el comportamiento del pene, conectan con él, por el camino de la curiosidad, de una forma neutra o incluso positiva, dejando así que el pene del hombre sea libre de comportarse según su sensible sabiduría y su capacidad para ponerse duro. Al sentirse más cómodos con el pene y aceptarlo, independientemente de su estado de tumescencia, la pareja posibilita que el síntoma se aleje.

Entonces, el foco terapéutico se sitúa en la relación, entre las personas, claro está, pero también entre ellas y los diversos elementos de su experiencia, ya sea una parte del cuerpo, una respuesta fisiológica, una idea, una emoción, una conducta, o cualquier otra cosa. Nosotros asumimos que una relación es más viable cuando las partes relacionadas —o *relata*— son libres de cambiar o de permanecer estables, *coordinadas* entre sí. La terapia es, para nosotros, el proceso por el cual facilitamos, alentamos y potenciamos la posibilidad de esa *libertad relacional* (Flemons, 2002).

En este capítulo, comentaremos la importancia de la libertad dentro de cinco tipos de relación especialmente relevantes en el contexto de la terapia sexual breve:

- La relación entre usted y los clientes.
- La relación entre los clientes.

- La relación entre los clientes y la sexualidad.
- La relación entre usted y la sexualidad.
- La relación entre los clientes y el problema.

TERAPIA SEXUAL RELACIONAL

Vamos a ocuparnos aquí principalmente de comentar e ilustrar algunas formas de introducir la libertad relacional en la relación del cliente con el problema. A veces, una dificultad sexual se desvanece sin que nos centremos específicamente en ella. Un cambio en otra área de la vida de la pareja, como encontrar una manera de sentir y comunicar respeto mutuo fuera del dormitorio, puede cambiar lo que sucede en la cama. Así, nunca nos centramos en una única relación a la vez. Sin embargo, para facilitar el comentario, presentaremos e ilustraremos por separado (con segmentos de ejemplo de los casos) cada una de las cinco relaciones terapéuticas relevantes que hemos mencionado. A continuación del comentario, incluimos la exposición más en profundidad de un caso que enlaza las diversas ideas.

LA RELACIÓN ENTRE USTED Y LOS CLIENTES

Habitualmente, los terapeutas escriben acerca de los casos que se han resuelto con éxito, valiéndose de la narrativa para informar de diversos descubrimientos clínicos. Nosotros también presentaremos aquí la parte que nos corresponde, pero como hemos aprendido mucho más y recordado más profundamente lo aprendido a partir de nuestros fracasos, queremos empezar con uno de ellos. Lo compartimos con usted en un esfuerzo por destacar la importancia crítica de desarrollar una relación fuerte y respetuosa con los clientes.

Shelley trabajó una vez con un hombre, Rich, que llevaba conviviendo varios años con el sida que padecía, y que estaba muy enfadado a causa del diagnóstico, de sus problemas de salud y de lo que él describió como una «sentencia de muerte». Las primeras sesiones se consumieron con las descripciones de Rich de su vida actual; habló de sus frecuentes salidas para ir a bares gays, donde practicaba el sexo anónimo con múltiples parejas, sin utilizar protección. A Shelley, por supuesto, le causó inquietud esa conducta y se quedó aún más preocupada cuando vio que Rich no tenía ningún deseo de modificar esas excursiones sexuales ni de acabar con ellas.

Guiándose por su formación y sus supuestos terapéuticos en aquel momento, Shelley intentó repetidamente conocer por qué esos encuentros eran tan importantes para Rich, dadas las potenciales consecuencias para sus parejas anónimas. Él, sin duda frustrado porque el mensaje transparentaba que estaba haciendo algo malo, subrayó: «Alguien me hizo esto a mí y ahora es el momento de pagar con la misma moneda».

Puso el acento en que para él las metas de la terapia no incluían cambiar su comportamiento, simplemente quería poder hablar con alguien de su aislamiento, de su soledad y de la enorme rabia que sentía.

Por desgracia, la respuesta negativa (aunque no declarada) de Shelley ante las acciones de Rich le impidió conectar con él de una manera que permitiese desarrollar una relación terapéutica fuerte. Distanciada de él a causa de lo que hacía y de lo poco que le importaban las consecuencias, Shelley estaba horrorizada y buscaba en cada sesión formas de hacerle cambiar de idea, una postura que no facilitaba la participación en la terapia.

Al reflexionar sobre esta experiencia varios años después, nos damos cuenta de que Shelley podía haber hecho más para crear una conexión terapéutica con Rich que ofreciera posibilidades para el cambio. La supervisión del caso, más que necesaria, hubiera podido ayudarla a explorar la aversión que le causaban las acciones de Rich, y encontrarles a éstas un sentido en el contexto de su aislamiento y su enfermedad. Si hubiera podido prestar más atención al sufrimiento de Rich y menos a sus encuentros sexuales, es posible que hubiera sido capaz de explorar su conducta de una forma que le permitiese a él reflexionar sobre lo que estaba haciendo; considerar cómo, de hecho, esos comportamientos contribuían a su aislamiento; y encontrar otras maneras de hacer frente a su sensación de soledad. Como alternativa, también hubiera podido hablar directamente con él acerca de sus propios temores e inquietudes. Quizás él se hubiera replegado ante esa sinceridad, pero al menos el distanciamiento de Shelley, como resultado de su silencio, terror e incomodidad, no se hubiera interpuesto en el camino de su trabajo conjunto.

El compromiso terapéutico no es factible si el terapeuta está ocupado en impedir o controlar la conducta de los clientes. Hay que liberarse de esa carga para que el cambio terapéutico sea posible. Trabajamos juntos en un caso que nos llegó a través del programa de asistencia a los empleados (PAE) de una empresa. Se trataba de un hombre al que estaban a punto de despedir a causa de varias indiscreciones sexistas. Acudió a nosotros porque no quería perder el trabajo, pero no tenía ninguna intención de convertirse en un hombre sensible a las cuestiones de género. Hubiera sido más fácil (y más satisfactorio para nosotros en el terreno de lo políticamente correcto) desautorizarle como bufón sexista, pero en lugar de eso pudimos darle sentido a su forma de relacionarse con las mujeres, y trabajamos dentro de esa visión general para ayudarle a llevar a cabo los cambios necesarios para conservar el trabajo.

Por ejemplo, le alabamos por sus habilidades de comunicación, pero también le sugerimos que quizás al aplicarlas había sido un poco «excesivo» (ya lo dijimos con la intención de hacer un juego de palabras). Le enseñamos a insultar de una forma más sutil, tan sutil que, de hecho, el único que podría darse cuenta de la indirecta que se lanzase durante la conversación sería él mismo. Sugerimos, por ejemplo, que pensara en todas las palabras que empezasen con determinadas letras y las utilizará como quisiera

cuando hablase con una mujer. ¿Quién podría sospechar que en una pregunta como ésta: «¿Podrías hacerme un pequeño favor?», se está haciendo referencia a algo que tiene que ver con el cuerpo? Era un hombre ingenioso y se lo pasó en grande con estos ejercicios; tuvo éxito incluso cuando los ensayó con nosotros, porque nos pasó inadvertido. Buscamos y encontramos la manera de respetarle, y él se dio cuenta de eso. Los resultados fueron positivos: no solo no le despidieron, sino que ascendió al puesto de supervisor por votación de sus colegas.

Conectar con los clientes es fundamental, pero que el terapeuta y los clientes se sientan libres en la relación es imprescindible, si queremos que la terapia sea factible. Y tanto usted como ellos tienen que ser capaces de mantenerse conectados, pero separados. Douglas atendió una vez a una ejecutiva, Alicia, que deseaba cambiar su manera de relacionarse con los hombres. Desde hacía cierto tiempo no había mantenido una relación en la que hubiese compromiso, y estaba preocupada porque durante los últimos años a menudo había practicado el sexo sin protección con parejas ocasionales por las que no sentía ningún aprecio.

En la primera sesión, Alicia le explicó a Douglas la experiencia que había tenido anteriormente con un terapeuta hombre. Le había llevado mucho tiempo, pero al final se las arregló para seducirlo. Sabía que podía conseguirlo, y lo logró. Asumió su responsabilidad por lo sucedido y nunca se lo contó a nadie; no obstante, como eso socavó su confianza en el terapeuta, decidió abandonar la terapia poco después. Douglas habló con ella acerca de las relaciones duales y de las fisuras en la ética, y dejó claro que nada de lo que ella pudiera decir le alcanzaría sexualmente. Ella comentó que, sin esa confianza en el terapeuta, abordar cualquier tema sexual representaría un riesgo para su integridad. Douglas le dijo que confiaba en su capacidad para decidir si iba o no a confiar en él (o en cualquier otro terapeuta), y subrayó que como la confianza hay que ganársela, quizá preferiría ser cautelosa y abrirse a él poco a poco. Esta conversación sirvió para establecer la necesidad de la confianza terapéutica, y así el trabajo conjunto empezó bien desde el principio.

LA RELACIÓN ENTRE LOS CLIENTES

La pauta de la intimidad en una relación entre personas comprometidas la una con la otra se teje con muchos hilos, y aunque la relación sexual de una pareja es una de las hebras, ciertamente no es la única. A veces nos parece más fácil o más eficiente resolver una dificultad sexual específica de una pareja por medio de introducir la libertad relacional en otra área de su vida.

Shelley trabajó con una pareja de mujeres lesbianas que llevaban dos años juntas cuando acudieron a la terapia. Ellen y Carol raramente se peleaban durante el primer año y medio de su vida en común, y cuando lo hacían, eran capaces de resolver con rapidez sus diferencias. Las dos describían su relación como la más sana y las más íntima que

habían tenido en toda su vida, pero estaban preocupadas por los conflictos y las dificultades sexuales que tenían últimamente. Explicaron que había disminuido radicalmente tanto la frecuencia de sus relaciones sexuales como el placer que obtenían de ellas, y ambas habían empezado a considerar el sexo como una cuestión de imposible solución.

Esta lucha con las dificultades sexuales había empezado en el contexto del ferviente deseo de Ellen de que tuvieran un hijo. Carol miraba la idea con ambivalencia y no estaba dispuesta a proporcionar a Ellen ninguna garantía de futuro. El conflicto derivado de esta situación había afectado su vida en común. Ellen temía que Carol nunca accedería a que fueran madres, y había empezado a preguntarse en voz alta si para compartir su sueño iba a hacer falta encontrar a otra persona. Carol, por su parte, oía esas reflexiones y las interpretaba como una prueba de la falta de compromiso de Ellen con la relación. Cada vez más instaladas en sus posturas enfrentadas, empezaron a distanciarse, tanto emocional como sexualmente.

El alejamiento de Carol y Ellen había creado una incómoda distancia entre las dos, y cada una de ellas había intentado mejorar la situación procurando que la otra cambiase su postura. Así, cada una de ellas se distanciaba de la otra, y también del distanciamiento de la otra: Ellen quería que Carol dejara de dar largas sobre el tema del bebé, y Carol quería que Ellen dejara de amenazar con marcharse.

Shelley comentó lo juicioso de los dos posicionamientos, haciendo así posible que cada una de ellas conectara —comprendiera, apreciara y respetara— el distanciamiento de la otra. Subrayó que Carol podría fácilmente haber apaciguado a Ellen mostrándose de acuerdo en que —hipotéticamente— en el futuro tendría ganas de que fueran madres. Sin embargo, el deseo de Carol de que la relación entre ellas fuera honesta había evitado que optara por una salida fácil. Aunque en el momento presente parecía que la postura de Carol no hacía sino alejar a Ellen, también comportaba para las dos una oportunidad de tomar decisiones de cara al futuro con integridad y sin destruirse la una a la otra, ni destruir su futuro juntas.

Shelley consiguió con su observación que cada mujer conectase con su propia forma y con la forma de su pareja de mantenerse distantes en su relación, pero no hizo comentarios directos sobre su lucha en el terreno sexual. No obstante, cuando acudieron a la segunda sesión tres semanas después, dijeron que se sentían «más unidas que nunca», y que por lo menos en dos ocasiones «el sexo había sido estupendo». Shelley continuó sin centrarse específicamente en la relación sexual de la pareja, y prestando más atención a cuestiones relaciones. Durante las siguientes dos semanas, Carol y Ellen solo mantuvieron contacto sexual un par de veces, pero habían tenido otras experiencias positivas, incluso cuando el tema tenía que ver con cuestiones que en potencia podían disgustarlas. Una vez en que las cosas no salieron bien, se separaron como de costumbre, pero poco después Ellen volvió y dio el primer paso para hacer el amor con Carol. La

experiencia fue muy íntima, y las dos tuvieron un orgasmo. A partir de que cada una pudo conectar con la otra en su forma individual de entender la integridad, paralelamente se produjo un cambio en su relación.

Shelley evitó cualquier intento de separar a Carol y Ellen de sus conflictos, sus miedos o sus deseos opuestos acerca de la relación. Por el contrario, las animó a conectar con esos temores y deseos, y por tanto con los conflictos, de una forma que respetase la individualidad de cada una. Nunca tuvieron que minimizar o ignorar alguna de sus demandas, aunque en ocasiones fueran opuestas, sino que las acogieron como mensajes del compromiso con la honestidad de la relación, y entonces su relación sexual también cambió en armonía con esa transformación. Cuando Shelley habló con ellas un año después para hacer un seguimiento, le dijeron que se habían trasladado a otra ciudad, y que Carol le había comunicado a Ellen que deseaba que se quedase embarazada. El sexo continuó siendo una experiencia positiva para las dos.

LA RELACIÓN ENTRE LOS CLIENTES Y LA SEXUALIDAD

Melanie acudió a nosotros en busca de ayuda terapéutica a raíz de un desagradable episodio sexual con su novio, Gerry. Éste estaba convencido de que a ella le pasaba algo, porque en mitad de lo que a ambos les parecía un momento de disfrute mientras hacían el amor, de repente Melanie empezó a gritar y a darle puñetazos. Lo que había sucedido era que Gerry le había sujetado las manos por encima de la cabeza. Era una postura nueva, porque nunca habían realizado el coito de esa manera, pero la probaron de común acuerdo, y por eso a los dos les desconcertaba por qué repentinamente Melanie se había puesto —en palabras de ellos— tan violenta. Después de un rato, cuando pudieron calmarse, hablaron de lo que había pasado. Durante la conversación, Melanie recordó que 20 años atrás un hombre la sujetó con las manos por encima de la cabeza y la violó. La similitud en la postura de las dos situaciones sexuales tuvo como resultado que reaccionó ante Gerry en términos de la relación con el violador, aunque hacer el amor con su novio no se pareciese de ninguna otra forma a la violación.

Normalizamos la asociación entre las dos situaciones sexuales y sugerimos a Melanie que su rabia, legítima y apropiada, era obviamente muy efectiva para asegurarse de que nunca volvieran a violarla, aunque en esta ocasión no se hubiera disparado con esa intención. Comentamos que sin duda ahora podía ser más libre y, si lo deseaba, experimentar con el sexo, sabiendo como ahora sabía que podía confiar en sus recursos para decidir lo que le iba bien y lo que no.

Nuestros comentarios iban dirigidos a conectar ambos clientes con la sorprendente reacción que tuvo Melanie cuando probaron una nueva postura para hacer el amor, con el fin de ayudarles a entender y respetar esa reacción como una respuesta de protección de su integridad física. Además, queríamos subrayar que ahora ella valoraba su sexualidad, tanto para protegerla, como para experimentar con ella. El incidente podría

muy bien haber resultado en que uno de los dos o ambos desarrollaran miedo, pero, por el contrario, cuando salieron de la sesión se sentían seguros de sí mismos, respetaban lo juicioso de la reacción de ella, y se sentían lo bastante cómodos como para experimentar nuevas formas de disfrutar la intimidad. Al sugerir que ella no había perdido su capacidad de responder automáticamente para potenciar sus recursos, les ayudamos a ambos a acoger una experiencia de la que en principio querían deshacerse.

La relación entre las personas y su sexualidad está profundamente conectada con la relación que tienen con su cuerpo y con percibirlo como sexual. A Amber la derivaron a Shelley debido a que se percibía a sí misma como sexualmente anormal. De origen africano, sus padres la adoptaron cuando era muy pequeña y no supieron hasta más tarde que la niña había sido víctima de la ablación. Los padres de Amber decidieron entonces que lo mejor era simplemente hacer ver que todo era normal. No le dijeron nada al respecto hasta que, en la adolescencia, ella empezó a hacer preguntas. Su madre intentó tranquilizarla diciéndole que así era más fácil mantener limpia la vulva, pero cuando Amber fue consciente de cuál era el aspecto «normal» de los órganos sexuales, quedó desolada al ver que los suyos eran diferentes.

Cuando empezó la terapia con Shelley, Amber mantenía desde hacía mucho tiempo una relación con un hombre, Vic, con el que pensaba casarse, y recientemente había consultado con un ginecólogo la posibilidad de que con la cirugía reconstructiva pudiera ser «normal». El médico le aseguró que aparte de que la capa de piel que cubría el clítoris era muy delgada, su vagina no era distinta de la de las otras mujeres. Y que como la concentración de terminaciones nerviosas en esa área era muy grande, los riesgos de una intervención quirúrgica superaban con mucho los posibles beneficios. Sus padres y Vic, que conocían su preocupación y sabían que había hecho la consulta, la animaron a aceptar la visión del médico en el sentido de que ella estaba bien, y a seguir adelante con su vida. Sin embargo, ella seguía insistiendo en que nunca tendría una relación sexual normal sin pasar por el quirófano, a pesar de que era perfectamente capaz de tener orgasmos. El ginecólogo sugirió que recurriese a la terapia para explorar las razones «emocionales» que pudieran estar detrás de su deseo de operarse, y subrayó que si después de seis meses de tratamiento conservaba ese propósito, se pusiera de nuevo en contacto con él.

Shelley dedicó varias sesiones con Amber a examinar su deseo de seguir un camino sin garantías de satisfacción y que comportaba el riesgo de que algún nervio pudiese resultar dañado. A pesar de las advertencias del médico y de las personas que la querían, Amber seguía convencida de que la cirugía era la única opción viable. Entonces Shelley empezó a explorar cómo veía Amber su relación con Vic y con sus padres, y descubrió que ella a menudo sentía que no la escuchaban o no respetaban su punto de vista. Este tema se convirtió en el centro de la terapia y, a lo largo de varios meses, Amber se fue volviendo cada vez más asertiva e independiente, y desarrolló su capacidad de decir lo

que pensaba y expresar sus demandas. Como resultado, la relación con Vic cambió radicalmente. Se sentían más unidos y confiaban más el uno en el otro, y su relación sexual también mejoró.

Seis meses después del inicio de la terapia, Shelley volvió al tema de la cirugía y le preguntó a Amber sobre lo que había estado pensando últimamente al respecto. Amber respondió que eso ya no era un problema y que no pensaba volver a ponerse en contacto con el ginecólogo. Sorprendida, Shelley preguntó a Amber cómo se explicaba un cambio tan radical en su manera de ver las cosas. Dijo que Vic le había contado que él y su antigua novia tenían relaciones sexuales a diario, y que eso mismo esperaba él de su relación con ella. Amber no quería sexo tan a menudo, pero al mismo tiempo se sentía muy presionada para satisfacer la demanda de Vic. Empezó a sentirse sexualmente inadecuada y a creer que si no se ponía a la altura, perdería la relación con él. La percepción fracasada de sí misma empezó a tomar cuerpo en la apariencia de su vulva, y en la capa de piel que ella creía que impedía el acceso al clítoris y a sentir un mayor deseo sexual por Vic. Centrarse en alterar su apariencia física había quedado asociado al deseo de sentir su sexualidad lo bastante como para salvar su relación.

Todo eso cambió cuando Amber empezó a hacer oír su voz. Se volvió más asertiva con Vic; ensayó con él nuevos comportamientos sexuales que satisficieran a los dos, y se liberó de la presión de practicar el sexo todos los días. Esta experimentación comportó que valorase mucho más su sexualidad y confiase en que su relación era más fuerte y más compleja que cualquier régimen diario de sexo. La confianza en su sexualidad femenina floreció, y Amber le dio a Shelley algunos ejemplos de lo experta que era en la práctica del sexo oral.

LA RELACIÓN ENTRE USTED Y SU SEXUALIDAD

Cuando estudiaba en la universidad, Shelley trabajó con un hombre que luchaba por adaptarse a su homosexualidad. Disfrutaba de la relación personal y sexual con otros hombres, pero estaba disgustado a causa del conflicto con sus compañeros de trabajo (trabajaba en la construcción), que le acosaban llamándole «marica».

La consulta estaba equipada con una sala con espejo unidireccional, y cerca del final de la primera sesión, Shelley, siguiendo la tradición clínica de la universidad, fue a la sala de observación para consultar con su equipo —en este caso, dos hombres—. Comentó con ellos su impresión de la difícil situación en que se encontraba aquel hombre y les pidió también su opinión. Uno de ellos, conservador en su religión, dijo que según él solo había una vía de tratamiento: Shelley tenía que ayudar al cliente a comprender la naturaleza pecaminosa de su homosexualidad, y transmitirle al mismo tiempo la esperanza de que no era demasiado tarde para abrazar la heterosexualidad como la opción de vida correcta. Shelley consideró que este punto de vista era problemático por

dos razones: ofrecía una solución a un problema que el cliente no había planteado como tal, y proponía una amputación (en este caso de la identidad sexual del cliente) como medio para alcanzar el objetivo establecido por el terapeuta.

Solo después de que Shelley se deshiciera de ese equipo pudo atender al cliente en algunos de los difíciles dilemas que *él* había planteado, y lo hizo de una manera que le respetaba a él y a su sexualidad. Los terapeutas que someten a juicio la identidad sexual de sus clientes se arriesgan a causar más daños que beneficios. Solo podemos juzgar desde una posición distanciada; si conectamos con los clientes —entendemos la lógica de sus acciones y somos empáticos con su dolor—, podremos ofrecer una respuesta que sea terapéutica.

LA RELACIÓN ENTRE LOS CLIENTES Y EL PROBLEMA

A Shelley le consultaron sobre el caso de un hombre de 29 años de edad que estaba —dicho con sus propias palabras— obsesionado con las imágenes de mujeres desnudas. John pasaba horas cada día desde hacía varios años mirando esas imágenes, primero en revistas pornográficas y más tarde en su ordenador. Inexperto emocional y sexualmente, vivía con sus padres. Éstos conocían su hábito, sabían que iba a sesiones de terapia y también estaban informados con todo detalle del fracaso en sus dos intentos de mantener relaciones sexuales. En ambos casos, con mujeres diferentes, John no había podido tener una erección, pero aun así, con la segunda los dos habían disfrutado de la experiencia.

Se masturbaba todos los días y entonces podía mantener la erección durante mucho rato, pero tenía miedo de volver a fallar en su próxima relación con una mujer. Después de 12 sesiones de terapia, tanto él como su terapeuta se sentían «atascados» y, a sugerencia del terapeuta, pidieron a Shelley que les ayudara a avanzar.

John, que se describía a sí mismo como «anormal», había intentado controlar en el pasado su obsesión por las imágenes de desnudos, y se castigaba porque era un «enfermo». No es sorprendente que ese enfoque fallara catastróficamente. Los intentos de refrenar y controlar partes del cuerpo que se desprecian crean una disyunción entre el Yo que observa y la «cosa» negada.

Shelley habló largo y tendido con John acerca del interés de un hombre normal por mirar ese tipo de material. Él le dijo que a sus 29 años tenía que darse prisa para «ser normal» porque «la gente a los 30 años ya tenía que ser real y adulta».

Shelley le preguntó si se había producido algún cambio reciente en su situación y él respondió que en las dos semanas anteriores se había sentido interesado en «personas reales», y que en ese proceso se había sentido enormemente atraído hacia una mujer y no le interesaban tanto las imágenes de desnudos. Le parecía una señal positiva, pero aclaró que ese declive en el interés ya se había producido antes, y temía que su obsesión no tardase en volver a aparecer.

John intentaba controlar su interés por ese tipo de imágenes distanciándose a propósito de ellas (se decía a sí mismo: «Soy un asqueroso perverso y tengo que acabar con esto»), y de esa forma sólo podía transformar su relación con el problema en una obsesión (un deseo incontrolable que no conseguía hacer desaparecer). El reciente aumento de interés por las «personas reales» entrañaba un mayor potencial para que se produjera un cambio positivo. Es mucho más fácil dejar atrás algo que ya no te importa que deshacerse de algo que te importa mucho.

Shelley le preguntó qué más había hecho al final de la adolescencia y a principios de los 20 años que después hubiera «quedado atrás». Esta pregunta vinculó el deseo de crecer de John con los cambios que se habían producido en las dos últimas semanas, y contribuyó a dar forma a la idea de que era capaz de ir más allá de conductas que ya no se adecuaban a los nuevos valores y circunstancias. Como hemos comentado anteriormente, consideramos que son estos avances los que moldean el cambio terapéutico.

John le contó a Shelley que ya no tomaba drogas, no se iba de farra ni hacía locuras con los amigos, porque ahora tales actividades le parecían tontas y aburridas. Ella le hizo preguntas acerca del proceso de dejar atrás todas esas cosas: ¿Las abandonó de golpe o a lo largo de un período? ¿Había pensando alguna vez que, aunque las hubiera dejado atrás, quería volver a probarlas para ver si encontraba en ellas algo que valiese la pena? ¿Confirmaba en esas ocasiones que le aburrían y que las había dejado atrás por completo? ¿Aún podía disfrutarlas un poco? John dijo que sí, que había vuelto a hacer esas cosas de vez en cuando, pero que, en general, solo confirmaba que le aburrían y que estaba creciendo.

Shelley sugirió que como John se acercaba a los 30 años, era lógico que ahora buscara hacer cosas propias de alguien próximo a convertirse en un adulto, porque no tardaría en entrar realmente en la edad adulta. También le recordó que al igual que había sucedido con las otras conductas que había dejado atrás, probablemente necesitaba probar de vez en cuando las que pronto abandonaría también para asegurarse de que ya no le interesaban. Un terapeuta estratégico hubiera descrito esta afirmación como una intervención paradójica dirigida a favorecer una recaída (por ejemplo, Haley, 1976); sin embargo, nuestra visión es diferente. No intentamos posicionar a nuestros clientes para que hagan lo opuesto de lo que les sugerimos, sino que somos conscientes de que hasta que no conecten con comodidad con el síntoma del que están separados, se arriesgan a que el síntoma permanezca *incómodamente* conectado con ellos (véase Flemons, 1991, 2002).

Cuando ella le preguntó hasta qué punto sus padres conocían su situación, John dijo que se sentía muy unido a ellos y les había explicado prácticamente todo. Sabía que sus padres siempre habían tenido una vida sexual «increíble» y que su abuelo y su abuela tenían relaciones sexuales todos los días hasta que él murió a los 85 años. Shelley comentó que con un legado familiar tan impresionante no era de extrañar que el pene de

John se hubiera negado hasta ahora a responder cuando le llamaban; era como si los padres y los abuelos de John, y su pareja sexual, le apuntaran con una pistola y le ordenasen gritando: «Levántate». La ausencia de erección no solo planteaba un problema a él y a su pareja, sino que representaba también el fracaso de John en continuar con la tradición familiar.

John anticipaba que una vez que hubiera podido tener el pene erecto durante una relación sexual se lo diría enseguida a sus padres. Shelley le habló de que la relación con los padres cambia cuando los hijos empiezan a hacerse adultos. Le comentó que a veces la privacidad se vuelve más importante en ese estadio, y que aunque a primera vista pueda parecer que es distanciamiento, a menudo se demuestra que es todo lo contrario. John confirmó rápidamente que nunca había querido que se perdiese el estrecho vínculo que tenía con sus padres. Shelley subrayó que ese deseo era importante, destacó que John podía decidir a lo largo de los años hasta qué punto quería contar a sus padres su vida privada, y puso el acento en que estas decisiones acerca de la privacidad no tenían por qué interferir en su estrecha relación. John pareció muy aliviado y respondió: «¡Sí, por fin puedo librarme de ese hábito!».

Cuando la sesión se acercaba al final, John afirmó con orgullo que se había dado cuenta de que era mucho más normal de lo que pensaba y que estaba convencido de que la terapia iría ahora «en una dirección totalmente nueva y giraría en torno a temas del todo diferentes». Ya a punto de acabar, Shelley comentó la naturaleza única de la experiencia sexual de John, y subrayó que muchas mujeres aprecian mucho más la capacidad de un hombre para centrarse en el placer de ellas en lugar de atender simplemente a su erección, que es lo que obviamente él había hecho en el encuentro que había sido una experiencia positiva. John respondió: «¡Parece que podría ser el hombre perfecto!».

Shelley no intentó librar a John de su obsesión por las imágenes de mujeres desnudas, ni eliminar la flacidez de su pene ni tampoco criticar la preocupación benevolente de sus padres. Por el contrario, destacó la importancia del vínculo e introdujo la posibilidad de la libertad en varias relaciones:

- Normalizó que él se excitara mirando imágenes de mujeres desnudas y destacó su capacidad para dejar atrás comportamientos que ya no le interesaban.
- Le ayudó a apreciar la sabiduría de su cuerpo —cuando alguien te apunta con una pistola, automáticamente lo que levantas son las manos, no el pene—. Esto facilitó que él dejara de ser un rehén de la capacidad sexual del legado familiar.
- Vinculó la idea de proximidad con la de privacidad en la relación de John con sus padres.
- Le aportó una interpretación de sus encuentros sexuales más flexible que la estereotipada por la que él parecía estar influenciado.

Como resultado, John pudo aceptar su nueva habilidad potencial como amante y reanudar la terapia «con un enfoque totalmente diferente».

Estudio de un caso: intimidad «iluminada»

Sam tenía una larga historia de adicción al alcohol, la heroína y la cocaína, y había pasado por diversos intentos de deshabituación —el más reciente durante un período de dos años—. Un centro de tratamiento le derivó a Shelley y su equipo en prácticas,* después de que sufriera una recaída en el consumo de alcohol y abordase a una prostituta. Su esposa desde hacía dos años, Jill, estaba al corriente de su dependencia de las drogas —se habían conocido en un programa de rehabilitación cuatro años atrás (por entonces ella llevaba seis meses sin probar ni el alcohol ni la cocaína)—, pero ahora era la primera vez que oía que Sam tenía «una adicción al sexo desde hacía 20 años». En las otras recaídas de Sam, a lo largo de los cuatro años desde que se conocieron, él le había hablado únicamente de que consumía drogas, pero no de que se acostaba con otras mujeres.

Shelley y su equipo atendieron solo a Sam en la primera sesión, que tuvo lugar unas tres semanas después de su recaída más reciente. Él dijo que había empezado un nuevo programa de rehabilitación, y que estaba convencido que esta vez sería la primera «de verdad», porque había empezado a prestar atención a lo que consideraba el «problema fundamental»: el sexo. Cuando le preguntaron cómo sabía que era adicto al sexo, habló de que un tío suyo abusaba sexualmente de él cuando era un niño, de que se masturbaba continuamente cuando era adolescente y de sus búsquedas «obsesivas» de parejas sexuales a lo largo de su vida. Dicho con sus propias palabras: «Aquí está la prueba: acabo de mantener relaciones sexuales con mi hermosa mujer y sigo teniendo ganas de irme a buscar más sexo por ahí. Lo hago y unos segundos después vuelvo a sentirme insatisfecho». Dijo que su objetivo terapéutico era desarrollar una relación monógama con su esposa y «hacerme a la idea de que el sexo no es algo malo». También habló de lo muy unidos que estaban Jill y él, y dijo que desde ese último incidente se habían comprometido a esforzarse para que hubiera más intimidad emocional y sexual en su relación.

Sam participaba activamente en diferentes programas de rehabilitación de las drogodependencias en 12 pasos, y los profesionales que los llevaban a cabo habían sugerido que empezara a asistir además a otro programa también de 12 pasos para adictos al sexo, cuyo objetivo era la abstinencia absoluta. Sin embargo, cuando Sam y Shelley hablaron de los deseos sexuales y los objetivos terapéuticos de él, vieron las cosas de otra manera y desarrollaron un plan de tratamiento diferente.

Shelley: ¿Qué riesgo hay de que al salir de aquí vaya en buscar de sexo en lugar de irse a casa?

Sam: Hay un 99 % de posibilidades de que no me lie con una prostituta. Pero nunca se sabe. La noche de mi recaída hubiera dicho que el riesgo era cero.

Shelley: ¿Es importante el orgasmo? ¿Y el coito?

Sam: Es importante no cruzar la línea fatal del coito. Eso es algo que no he hecho y no haré. Una vez has cruzado esa línea, todo se va al traste.

Shelley: Tengo la impresión de que existen diferencias entre sus adicciones. Como consumidor de alcohol y heroína usted no dice: «Quiero consumir alcohol y heroína solo en plan social», sino que quiere dejarlos del todo. Pero, en cambio, no se plantea renunciar al sexo. Como usted dijo, desea una relación monógama y sexualmente satisfactoria con su esposa.

Sam: Exacto. Lo paradójico es que no nos hacen falta la cocaína ni el alcohol. Pero si queremos una relación sana, necesitamos el sexo. La gente normal tiene ganas de sexo.

Shelley: De alguna forma, el sexo se ha disfrazado como una droga.

Sam: El sexo es mi problema central. Si no lo abordo, nunca podré estar limpio.

Shelley: Entonces, ¿cuáles serían las señales de que va a poder mantenerse limpio?

Sam: Cuando me libre de las drogas y sea monógamo. Sexo sí, pero no como una droga. Sexo como intimidad y compenetración. Eso es lo que queremos. Es lo mejor del mundo.

Shelley: ¿Y hasta qué punto tiene eso con Jill?

Sam: El sexo es una cosa y la intimidad otra.

Shelley: ¿Cuánta intimidad tiene con ella?

Sam: No mucha. Estamos en ello.

Shelley: ¿Hay algo que les ayude?

Sam: Es más fácil una vez que empiezas. Sé que ella me quiere mucho y yo nunca he sentido por nadie lo que siento por ella. Valoro lo que tengo con ella.

Shelley: Una vez que empiezan a compartir intimidad, ¿quién tiene más miedo?

Sam: Ella.

Shelley: Debe de tener sus razones.

Sam: Fue víctima de abusos sexuales; ha tenido muchos novios que la controlaban y la maltrataban, y su padre murió a consecuencia del alcohol. Dentro de mí tengo el convencimiento de que si no hago frente a este problema, nunca podré estar limpio.

Sam había estado en guerra con su sexualidad desde hacía 20 años; intentaba controlarse, y siempre fallaba. Un enfoque terapéutico que aconsejase la necesidad de la abstinencia supondría un riesgo de depender aún más del abismo que se había creado entre él y su deseo. Se sentía controlado por algo de lo que siempre había intentado distanciarse, y que seguía ahí a pesar de sus esfuerzos. Sam describió las tres semanas previas a su «recuperación más potente, significativa y sincera» diciendo que por primera vez estaban todas las cartas sobre la mesa. Jill sabía ahora lo que había estado

ocurriendo, y eso hizo posible un enfoque diferente del sexo, uno que tuviese como meta la intimidad. Si el sexo podía ser un medio para que Sam conectase con su esposa, también podía servir para conectar consigo mismo.

Jill acompañó a Sam a la segunda sesión, e hizo muchas preguntas acerca de la recomendación que hizo Shelley de no complementar las sesiones semanales de terapia con la asistencia a las reuniones del grupo de adictos al sexo del programa en 12 pasos. Como respuesta a las preguntas de Jill, Shelley habló de su punto de vista sobre las recaídas de Sam, de su recuperación actual, del enfoque de los 12 pasos para resolver problemas sexuales, y de su propia forma de abordar este tipo de casos. Conectó con la pareja al compartir su forma franca y abierta de hablar acerca de su sexualidad, y también su sentido del humor tan libre de inhibiciones. Antes del final de la segunda sesión, se habían comprometido como pareja para trabajar su relación, no simplemente la «adicción» de Sam.

Jill explicó que luchaba para equilibrar un prudente optimismo con el miedo que sentía. Había estado «cegada» por el componente sexual de la «enfermedad» de Sam, y quería evitar que volviera a ocurrirle lo mismo en el futuro. Habló de su profundo deseo de intimidad emocional y sexual con Sam, en contraste con su «terror a una violación sexual». Dijo que quería ser capaz de mirar a Sam a los ojos mientras hacían el amor, pero que en la actualidad solo era capaz de dejar entrar un poco de intimidad cada vez, y estaba tratando de calibrar cuáles eran sus límites. Confirmó lo que Sam había dicho al principio acerca de las relaciones abusivas que ella había mantenido anteriormente, y dijo que eso había provocado que estuviera en guardia y emocionalmente distante antes de involucrarse con Sam. Cuando se enteró de que Sam iba con prostitutas, para ella fue como la violación definitiva.

A lo largo de la segunda sesión, se sentaron juntos, se tocaban el uno a otro continuamente, y se hacían demostraciones de afecto y ternura mutuamente; sin embargo, era palpable que el temor de Jill seguía presente. Shelley comentó que la cautela de Jill era acertada y sugirió que prestara mucha atención al ritmo al que evolucionaba su búsqueda de intimidad. Dijo que era importante que Jill se protegiera. Shelley también les advirtió de los peligros de asumir la responsabilidad de la recuperación sexual de Sam.

Shelley: Por supuesto, es lógico que usted piense en Sam manteniendo una relación sexual con una prostituta cuando hace el amor con él, o puede que lo tenga incluso más presente cuando él quiere sexo y usted no. Pero sería potencialmente peligroso para los dos que asociasen ambas cosas. No se trata de que usted practique un estupendo sexo con Sam lo bastante a menudo como para apartarle de la cama de una prostituta. Tal como él me ha dicho a mí y también a usted, el sexo con prostitutas no tiene que ver con

una relación: tiene que ver con alguna parte del cuerpo. Hacer el amor con usted o con una prostituta son dos cosas diferentes, y si intenta curar una cosa con la otra, lo más probable es que no lo consiga.

Jill: Sé que no puedo salvarle. Tiene que hacerlo él mismo. Y tengo que sentirme cómoda para decirle «no» si es eso lo que yo necesito.

Shelley: Sí.

Sam: Como he dicho antes, es trabajo de uno mismo. Nadie puede hacerlo por mí. Lo único que quiero es amar a mi esposa.

Desde nuestra perspectiva, en ninguna pareja puede haber intimidad sin que haya libertad en su relación. Shelley estaba convencida de que el sexo podía conectar aún más a Sam y Jill, pero solo si el hecho de *no tener relaciones sexuales* dejaba de ser una amenaza para esa conexión. Si Jill sentía la necesidad de ofrecerle sexo a Sam o de acceder a mantener relaciones sexuales con él como una forma de proteger la relación, o si él utilizaba el sexo con Jill como un medio para mantener a raya su deseo de acostarse con otras mujeres, entonces ninguno de ellos podía sentirse a salvo, y no digamos cómodo, diciendo que no al sexo con el otro. Cuando existe intimidad, decir no a algo concreto en la relación (como una petición de sexo) es una forma de decir sí a la relación como un todo (Flemons, 2002).

Durante las diversas sesiones siguientes, la pareja discutió sus esfuerzos presentes para equilibrar el optimismo y el deseo de intimidad con la prudencia necesaria para hacer eso posible. Sam luchaba para no recaer en las drogas o en el sexo, y lo iba consiguiendo, y la voluntad de Jill de ir en pos de intimidad emocional y sexual con él iba en aumento paralelamente a la ausencia de «incidentes» de él.

Sam empezó a explicarle a Jill y al equipo terapéutico las situaciones que podían haber provocado que recayese, pero en que la recaída no se había producido. Inicialmente, era difícil para Jill escuchar esas historias, porque prefería que él evitara cualquier situación que representase un riesgo potencial. Sin embargo, para Sam, explicarle a Jill sus experiencias, parecía que era una forma de asegurar y demostrar su capacidad para mantenerse «limpio». El equipo introdujo la idea de que los relatos de Sam servían para que Jill se sintiera parte de esa recuperación. También destacó la confianza de Sam en la disposición de Jill a seguir arriesgándose a intimar más con él.

Durante la sexta sesión, Jill y Sam hablaron de dificultades que tenían que ver con su forma de administrar el dinero, con lo que hacían con su tiempo libre, y con los acuerdos con los amigos. Shelley comentó lo diferentes que parecían estos problemas de los que plantearon al principio.

Shelley: Quizá me equivoco, pero me parece que estas preocupaciones actuales son de alto nivel. Si estas cosas les inquietan, entonces es que su vida va bastante bien.

Sam: ¡Problemas de lujo! ¿No te parece estupendo?

Jill: ¡Me encanta! Confirma que nos hemos librado de esa mierda de: «¡Si no me acuesto con Sam esta noche, se irá a buscar una prostituta!». Sí, ahora tenemos problemas muy diferentes.

Shelley: ¿Qué pasa con esos otros problemas?

Sam: Le dije a Jill ayer que vi una prostituta por los alrededores del trabajo. Me llevó unos segundos darme cuenta de que no iba a ir detrás de ella. Simplemente ya no quiero hacerlo.

Shelley: ¿Esperaba al principio que ese deseo desaparecería?

Sam: No pasa ni un solo día en mi vida en que ver a una de esas chicas que trabaja en la calle no despierte algún recuerdo. Es como mirar cualquier bebida con alcohol y decirse a uno mismo que sería estupendo si pudiera tomar una copa como todo el mundo. Eso me acompañará siempre, pero la respuesta a su pregunta es: «No».

Shelley: Entonces, cuando él le explica que ha visto alguna prostituta en la calle, ¿cómo se siente usted?

Jill: Me aterroriza. Eso nunca va a desaparecer. Es una realidad.

Shelley podía haberles preguntado: «Como su intimidad con Jill sigue yendo a más, y usted es cada vez más consciente de que el sexo es una forma de generar intimidad, imagino que llegará un momento en que verá una prostituta y sabrá *en el mismo momento* de verla que no va a seguirla. ¿Cuándo espera que suceda eso». Una pregunta de este tipo podía haber contribuido aún más a crear la expectativa de que Sam algún día se sentiría cómodo al sentir la libertad entre su Yo que observa y su deseo —cuando ver a una prostituta no le estimularía lo bastante como para darle importancia—. En ese punto, la recuperación de Sam y la confianza de Jill en su recuperación dependían todavía de que Sam aún desconfiaba de sí mismo. En el momento que eso cambiara —cuando confiar en sí mismo fuera posible y justificado—, podría empezar a sentir la libertad en la relación con su sexualidad.

Shelley: ¿Le asusta ese deseo sexual más que otro tipo de deseos?

Jill: Sí. Estoy reconstruyendo mi confianza. Estoy derribando muros. Da miedo, pero es maravilloso. Es muy emocionante para mí.

Shelley: Cuando nos vimos por primera vez, hablamos mucho de encontrar un equilibrio entre la cautela y la intimidad, y de derribar muros. Parece que ustedes dos los están haciendo caer. Y da miedo y hay que ser prudente. Ustedes buscan un equilibrio.

Jill: Creo que estoy preparada para ir un poco más allá.

Shelley: ¿Adónde quiere ir que no haya ido todavía?

Jill: Bueno, esta semana he seducido a Sam. Le unté con aceite de masaje y le hice cosas que hasta ahora nunca había hecho o dicho que haría. ¡De verdad! Para mí es increíble. No sé del todo adónde más quiero ir, porque nunca he estado allí. Nunca había tenido este tipo de relación.

Shelley: ¿Se refiere a una combinación de intimidad emocional y sexual?

Jill: Sí. Con caricias y cariño. Eso no es algo que formara parte de mi vida sexual en el pasado. El sexo siempre era algo mecánico. Pero los dos valoramos la intimidad. Los dos valoramos la monogamia. Esta semana ha habido momentos sexuales mágicos. No creo que ninguno de los dos sea capaz de describirlo del todo.

Sam: Yo digo que fue divertido.

Jill: ¡Yo digo que fue terriblemente sexy!

Sam: Bueno, ¡sí, eso también! Te sentí como mi compañera, mi amiga y mi amante. Puedo sentirme relajado y pasarlo bien con el sexo estando contigo. Fue un momento «¡Oh!». Guay. Un momento de libertad, no de estar colgado.

Jill: Me sentí a salvo, y me di cuenta de las muchas cosas que me había estado perdiendo.

Shelley: ¿Cómo por ejemplo buen sexo?

Jill: ¡Sí!

Shelley: Pero primero tiene que confiar, sentirse a salvo. Usted conoce formas de mantener la gente a raya si necesita protegerse, y eso ya le ha servido, sobre todo en relaciones anteriores. Pero ahora usted no necesita hacer eso con Sam. Siente la necesidad de derribar los muros y acercarse a él.

Jill: Sí, ahora tenemos relaciones sexuales a menudo, y el sexo es bueno. Pero cuando me repliego, sé que estoy buscando seguridad; es como un vacío, pero es seguro. Pero no es eso lo que quiero, es solo que a veces lo necesito.

Shelley: Sí, si usted buscara únicamente seguridad, no estaría aquí sentada junto a Sam.

Jill: ¡Usted lo entiende! Es que cada vez que pienso en nuestros encuentros sexuales, divertidos, tengo que sonreír.

Uno de los placeres de trabajar con parejas es ver como el cambio en una persona provoca, y posibilita, un cambio en la otra. En la siguiente sesión con Jill y Sam, dos semanas después, Sam contó una nueva historia acerca de que había visto los servicios de una prostituta, pero no los había utilizado, y cómo había respondido él en ese momento. Una vez más, ese relato asustó mucho a Jill. Shelley comentó con ellos la decisión de Sam de compartir con su esposa los detalles de tales encuentros y ver cómo reaccionaba.

Shelley: ¿Comprende por qué eso le asusta mucho más a ella que a usted?

Sam: Lo entiendo, por supuesto.

Shelley: ¿Confía más usted que ella en su capacidad de resistirse?

Sam: Absolutamente.

Shelley: ¿Está fanfarroneando?

Sam: Quizás. Algunas cosas nunca desaparecen del todo.

Shelley: Estoy de acuerdo. Lo que usted ha descrito no está resuelto. Usted lo resuelve cada vez que se encuentra con ello.

Sam: Exacto.

Shelley: Cada vez que usted ve a la chica, tiene otra oportunidad de resolverlo. No parece que vaya a haber un momento concreto para resolverlo en todo lo que le queda de vida. Pero cuanta más distancia, mejor. Y cada vez que lo resuelva bien, aumentará esa distancia.

El tipo de distancia a que se refería Shelley era el espacio de comodidad generado por un relajado dejar pasar la situación, no la ansiosa separación resultante de intentar apartarla de sí a la fuerza. Sam todavía necesitaba mantener a raya deseos potencialmente destructivos, pero Jill había empezado a relajarse, y los dos sentían que encontraban más seguridad en la intimidad que en el miedo.

Sam: Exacto. Estos días están pasando muchas cosas. No quiero bajar la guardia.

Shelley: ¿Hasta qué punto tiene que ver Jill con que usted no baje la guardia?

Sam: Estamos juntos en esto. Por eso quiero compartir con ella las cosas que pasan.

Jill: Me he relajado mucho.

Shelley: Ya no tiene miedo de presionarle. Y él no teme hablarle de los momentos en que se asusta. Todo eso es una buena señal.

Jill: Sí. Esta semana me ha dado las gracias porque salió y yo no me puse paranoica. Me está demostrando que es coherente. Hace unos meses hubiera estado loca de preocupación.

Shelley: ¿Y cómo es ahora la intimidad?

Jill: Hemos tenido experiencias sorprendentes esta semana. Estábamos haciendo el amor y Sam se dedicaba a mi parte de abajo. Siempre que sucedía en el pasado, con cualquiera, me encontraba yendo a lo que yo llamo el «sitio oscuro». Ése ha sido siempre el lugar seguro donde ir incluso cuando estaba con alguien que abusaba de mí, porque entonces me olvidaba de esa persona y podía tener un orgasmo increíble, muy potente físicamente. Pero esta vez, por alguna razón, y por primera vez en mi vida, no fui a ese lugar oscuro. Permanecí en la luz. Y lo que pasó es que miré a Sam a los ojos cuando me corrí, y no sé si él lo notó, aunque a menudo lo nota. No tuve un orgasmo tan fuerte físicamente. Pero sí fue muy fuerte emocionalmente.

Shelley: Así que usted tuvo un orgasmo no tan fuerte pero sí muy íntimo. Quizás ese pequeño orgasmo fue el más grande su vida. ¿Y cómo supo, por primera vez en su vida, que estaba bien permanecer en la luz?

Jill (*mira durante mucho rato a Sam*): Simplemente sabía que él me amaba. Yo quería quedarme allí. No quería volver al sitio oscuro.

Jill encontró la forma de sentirse lo bastante a salvo como para poder tener un orgasmo *en la relación* con Sam. Poco después, Sam empezó a adecuar el momento de su orgasmo para garantizar el placer de Jill. Durante las siguientes sesiones exploramos la intimidad y la sexualidad de la pareja en el contexto de la reciente capacidad de Sam para

mantenerse limpio —de alcohol u otras drogas, y del sexo fuera de la monogamia—. La intimidad que crearon juntos fue más allá de hacer el amor. Como explicó Sam en una sesión posterior: «Jill es la única mujer con la que me he quedado dormido mientras ella me acogía en sus brazos. Ése es el sitio más seguro que existe».

Un mes después, Shelley vio a la pareja para una sesión de comprobación, a petición de ellos, para supervisar cómo seguía la lucha de Sam con la adicción. Durante esa sesión, Sam y Jill describieron los enormes progresos que habían hecho frente a situaciones de crisis potencialmente destructivas, y subrayaron una vez más la intensa intimidad que se había desarrollado entre ellos.

Jill: Aunque mañana tocásemos fondo, también sobreviviríamos a eso, después de todo lo que hemos pasado juntos.

Shelley: Exacto. Ustedes tienen más capacidad de supervivencia que la mayoría de la gente. Han pasado más de una prueba de fuego y han salido fortalecidos.

Jill: Pase lo que pase, sacaremos algo positivo de eso. Sé que podremos.

Shelley: Dijeron hace ya tiempo que todo aquello por lo que habían pasado en la vida había sido para bien, aunque en ese momento no se lo pareciese.

Jill: Sí, y ver todo lo que he ganado me da confianza. Estoy más preparada emocionalmente; he crecido mucho. Ahora me doy cuenta de todo lo que puedo ofrecer.

Shelley: Su vida les ha llevado al límite a los dos y han podido salir de todo eso. Han encontrado la forma de pasar al otro lado.

Sam: Es realmente increíble cómo ha cambiado nuestra vida. ¿Quién hubiera podido pensar que llegaríamos tan lejos? Somos tan afortunados...

Shelley: No creo que se trate únicamente de ser afortunados. Por supuesto que lo son, pero esto es también obra suya, es consecuencia de sus decisiones. Había un montón de mierda en su vida y podían haber elegido hundirse con ella.

Sam: Lo sé, es verdad. No puedo creer adónde hemos llegado.

Shelley continuó realizando «comprobaciones» mensuales con Sam y Jill durante seis meses más. Cuando finalizaron, Sam seguía participando en el programa de rehabilitación de las drogodependencias en 12 pasos, pero su relación con el sexo era una intimidad elegida en lugar de una adicción incontrolable. Jill continuó explorando la estimulante liberación de su «iluminada» intimidad emocional y sexual. Aunque reconocía que aquel lugar oscuro podía ser «seguro y fácil», no era un sitio donde ella quisiera estar. En un seguimiento realizado un año después, la relación de la pareja era estable, y Sam, tanto en cuanto al sexo fuera de la pareja como al consumo de drogas, seguía completamente sobrio.

Comentario

Algunos teóricos del sexo (Califia, 1986; Newitz, 1994) han desacreditado el sesgo normativo inherente a sostener que la intimidad es la única meta deseable en la relación sexual de las personas. Nosotros respetamos cualquier expresión de placer sexual mientras sea mutuamente respetuosa (Sanders y Tomm, 1989), y también la libertad de parar en cualquier momento que tiene cada una de las personas involucradas; sin embargo, la mayoría de nuestros clientes buscan alguna forma de placer íntimo: el sexo que puede expresar la conexión de la pareja y hacerla más profunda.

Si la terapia va bien, los clientes se encuentran cómodamente conectados con su problema, en lugar de dolorosamente distanciados o pendientes de controlarlo. Y, como resultado, el problema (si se nos permite antropomorfizarlo) tiene a bien liberar su poderosa garra de la vida de las personas. En nuestro trabajo, nos comprometemos a crear, alentar, mantener y apoyar la libertad en todas las relaciones, y lo hacemos siempre facilitando una interpretación relajada de las cosas, que proporcione respaldo en lugar de condena, y libertad sin destierro.

Bibliografía

Califia, P., «Feminism and sadomasochism», en A. Kleiner y S. Brand (comps.), *News that stayed news*, San Francisco, North Point Press, 1986, págs. 206-214.

De Shazer, S., *Words were originally magic*, Nueva York, Norton, 1994 (trad. cast.: *En un origen las palabras eran magia*, Barcelona, Gedisa, 1999).

Eisenbud, R. J., «Countertransference: The therapist's turn on the couch», en G. D. Goldman y D. S. Milman (comps.), *Psychoanalytic psychotherapy*, Reading, Massachusetts, Addison Wesley, 1978, págs. 72-90.

Erickson, M. H., *Mind-body communication in hypnosis: The seminars, workshops, and lectures of Milton H. Erickson*, vol. 3, comp. de E. L. Rossi y M. O. Ryan, Nueva York, Irvington, 1986.

Flemons, D., *Completing distinctions*, Boston, Shambhala, 1991.

—, *Of one mind*, Nueva York, Norton, 2002.

—, «The psychology of the sandpit», *Psychotherapy Networker*, n° 27, enero-febrero de 2003, págs. 32-37.

Goldner, V., P. Penn, M. Sheinberg y G. Walker, «Love and violence: Gender paradoxes in volatile attachments», *Family Process*, vol. 29, n° 4, 1990, págs. 343-364.

Haley, J., *Problem-solving therapy*, Nueva York, Harper and Row, 1976 (trad. cast.: *Terapia para resolver problemas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1980).

Henry, W. P., H. H. Strupp, T. E. Schacht y L. Gaston, «Psychodynamic approaches», en A. E. Bergin y S. L. Garfield (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4ª ed., Nueva York, Wiley, 1994, págs. 467-508.

Meichenbaum, D., *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*, Nueva York, Plenum, 1977.

Newitz, A., «Why do you want to get laid? Mapping sexual geographies», *Bad Subjects*, nº 17, 1994, págs. 1-6.

Penn, P. y M. Frankfurt, «Creating a participant: Writing, multiple voices, narrative multiplicity», *Family Process*, vol. 33, nº 3, 1994, págs. 217-231.

Redd, W. H., A. L. Porterfield y B. L. Anderson, *Behavior modification: Behavioral approaches to human problems*, Nueva York, Random House, 1979.

Roberts, J., *Tales and transformations: Stories in families and family therapy*, Nueva York, Norton, 1994.

Sanders, G. y K. Tomm, «A cybernetic-systemic approach to problems in sexual functioning», en D. Kantor y B. Okun (comps.), *Intimate environments*, Nueva York, Guilford Press, 1989, págs. 346-380.

Selvini Palazzoli, M., L. Boscolo, G. Cecchin y G. Prata, *Paradox and counterparadox*, Nueva York, Jason Aronson, 1978 (trad. cast.: *Paradoja y contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*, Barcelona, Paidós, 2008).

Tiefer, L., *Sex is not a natural act and other essays*, Boulder, Colorado, Westview Press, 1995 (trad. cast.: *El sexo no es un acto natural*, Madrid, Talasa, 1996).

Watzlawick, P., J. Beavin y D. Jackson, *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*, Nueva York, Norton, 1967 (trad. cast.: *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*, Barcelona, Herder, 2008).

Watzlawick, P., J. Weakland y R. Fisch, *Change: Principles of problem formation and problem resolution*, Nueva York, Norton, 1974 (trad. cast.: *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*, Barcelona, Herder, 2007).

Weakland, J. H., «Conversation: but what kind?», en S. Gilligan y R. Price (comps.), *Therapeutic conversations*, Nueva York, Norton, 1993, págs. 135-145.

White, M. y D. Epston, *Narrative means to therapeutic ends*, Nueva York, Norton, 1991 (trad. cast.: *Medios narrativos para fines terapéuticos*, Barcelona, Paidós, 2008).

CAPÍTULO 9

¿QUIÉN SE IRÍA A LA CAMA CON EL MODELO MÉDICO? UN ENFOQUE NARRATIVO/ECLÉCTICO DE LA TERAPIA SEXUAL

Robert E. Doan

La diversa y extensa aplicación de la metáfora narrativa como guía para encauzar la terapia a lo largo de las dos últimas décadas se halla bien documentada (Epston, 1989; Freedman y Combs, 1996; Parry y Doan, 1994; White, 1989; White y Epston, 1990). En este capítulo describiré a grandes rasgos cómo utilizar de manera más específica las ideas narrativas para guiar la terapia sexual; sin embargo, como existe más de una forma de aplicar la terapia narrativa, no quiero extenderme en las teorías sobre una versión concreta (Doan, 1998). En realidad, sería más exacto llamar «narrativismo ecléctico» a lo que expongo a continuación, porque esta perspectiva se deriva no solo de la labor de Michael White y David Epston, sino también de otros trabajos asociados a los enfoques breves centrados en la solución (Berg, 1990; De Shazer 1985, 1988, 1991; Hubble, Miller y Duncan, 1999).

Después de revisar brevemente los motivos para descartar el uso del modelo terapéutico patologizante y basado en el lenguaje médico que predomina en nuestra cultura, explicaré por qué sostengo que es más importante conocer cuáles son los factores comunes al éxito de una terapia que utilizar un modelo u otro. Expondré después cómo abordar los dilemas sexuales desde un enfoque ecléctico/narrativo.

Razones para no irse a la cama con el modelo médico

Hay dos buenas razones para no utilizar el modelo propuesto por la comunidad médica, especialmente en el contexto de las cuestiones relacionadas con el sexo.

EL SEXO ES ALGO QUE SUCEDE *ENTRE* LAS PERSONAS

Los terapeutas que trabajan integrados en un sistema que emula el éxito en el diagnóstico y en las prácticas de tratamiento de los médicos, se encuentran en el aprieto de tener que recurrir al *DSM-IV* para diagnosticar a sus clientes, si no quieren encontrarse con que el seguro del cliente no les paga. Ese modelo de atención individual

basado en la patología encaja en el mundo de la medicina, pero a pesar de que legiones de instituciones y profesionales de la salud mental lo han adoptado, no funciona bien en el contexto terapéutico. La terapia sexual es un buen ejemplo de ello.

A menos que su objetivo sea enseñar a un cliente a masturbarse mejor, lo que hace un terapeuta sexual es atender a clientes que tienen dificultades sexuales *el uno con el otro*. Incluso cuando solo asiste a las sesiones uno de los miembros de la pareja, lo habitual es que el enfoque del terapeuta sea relacional. No obstante, el esquema del *DSM-IV* requiere que el terapeuta diagnostique que *uno* de los dos sufre algún trastorno mental, y de ese proceso se infiere que el otro no está aquejado de un problema comparable o complementario. Desde una perspectiva sistémica/cibernética, esta práctica parece arbitraria, por no decir violenta, y socava la capacidad del terapeuta para reconocer la naturaleza interactiva de las dificultades sexuales, con lo que se deja de lado la clave de la terapia.

Recuerdo un caso en que el marido se quejaba de que su mujer «sufría una deficiencia de deseo sexual y estaba enferma». Si me hubiera basado en el *DSM-IV*, habría podido diagnosticarla como aquejada de «deseo sexual hipoactivo», pero eso hubiera oscurecido el hecho de que el marido prefería (más bien exigía) practicar el sexo un promedio de tres veces al día y se enfadaba mucho si ella se negaba. El *DSM-IV* no incluye en sus páginas el «deseo sexual hiperactivo», así que me habría visto obligado a mantener un enfoque individual basado en la patología (y cometer con él el mismo error de diagnóstico que había cometido con ella, pero a la inversa). Puede que me hubiera sentido inclinado a utilizar el concepto popularmente conocido de «adicto sexual» para asignarle una etiqueta. Pero en lugar de eso, elegí una tercera alternativa.

La mujer estaba tan desencantada con las constantes exigencias de su marido que no tenía ningún deseo de contacto físico con él. Y la insistencia de éste era mayor cuanto mayor era el rechazo de ella. Así, parecía más lógico, por no decir más considerado, enfocar el problema como una *desafortunada falta de coincidencia en el deseo sexual*, en lugar de como un problema que tenía uno de los dos.

Como el deseo y el comportamiento sexual es algo que se debe negociar y construir *entre las personas*, es mucho mejor que basemos la evaluación y el tratamiento en la interacción concreta de cada pareja a la que atendamos. Diagnosticar que uno de los dos sufre un trastorno mental no solo es innecesario para tratar con éxito los problemas sexuales, sino que, de hecho, puede empeorar las cosas, porque así el terapeuta se arriesga a «ser parcial», y trabajar para curar al que está enfermo, mientras el que «está sano» espera hasta que el tratamiento da resultado.

EL MITO DEL «SEXO ES IGUAL AL COITO»

Todas las categorías del *DSM* están basadas en el supuesto fundamental de que el sexo es igual al coito y nada más que al coito (y eso permite a la gente decir: «No ha habido sexo con esa mujer» ¡y técnicamente tener razón!). A todas las otras formas de actividad sexual se les quita importancia y se resumen en nuestra cultura como «preliminares». No importa el éxito que tenga una persona en autosatisfacerse o en satisfacer a su pareja utilizando otros métodos distintos del coito, porque sigue estando sujeta al diagnóstico de trastorno mental si no está a la altura en la escala del coito. Por ejemplo, a un hombre se le puede diagnosticar eyaculación precoz si no puede posponer el orgasmo lo suficiente como para que su pareja también lo alcance, aunque la investigación indique que únicamente un tercio de las mujeres experimentan un orgasmo por la vía del coito (Maines, 1999; Weston, 2001). ¿Puede imaginar al pobre hombre que lleva realizando el coito una hora y aún se siente como un fracasado? ¿Y a una mujer, a la que le han enseñado que debe ser capaz de tener un orgasmo durante el «sexo», pero que se encuentra con que no puede y asume que ha fallado?

Según el esquema de diagnóstico actual, que define los trastornos mentales en términos de desviación de la mayoría, ¿se desprende de eso que a un tercio de las mujeres que tienen habitualmente un orgasmo durante el coito se las puede etiquetar de anormales? ¡Después de todo se apartan de la mayoría! Lo más que se puede decir acerca de una situación como ésta es que la definición de anormalidad se basa en la desviación de una pomposa narrativa construida socialmente, que representa lo que nuestra cultura determina que «debe» ser el caso, en lugar de basarse en la experiencia y en los comportamientos reales. Me parece absurdo etiquetar a alguien como anormal cuando representa la amplia mayoría de la experiencia personal.

Una vez más, la analogía médica parece que no cuadra mucho cuando se trata del área de la sexualidad humana, sobre todo porque su definición del sexo es muy limitada. Valorar y diagnosticar un problema sexual es muy diferente de evaluar un brazo roto o un apéndice inflamado. Pretender que es posible diagnosticarlo de la misma forma que lo hace la medicina es simplificar excesivamente una cuestión de por sí muy compleja.

Hace varios años asistí a un taller dirigido por Joseph LoPiccolo, en el que presentó el caso menos habitual con que se había encontrado a lo largo de sus años de práctica como terapeuta sexual. Se trataba de una pareja, que en los 18 años que llevaban juntos nunca habían realizado el coito ni habían mantenido forma alguna de contacto genital. Estaban bastante satisfechos de su manera de funcionar hasta que empezaron a asistir al culto en una iglesia diferente, y allí les dijeron que estaban «enfermos» y necesitaban ver a un terapeuta. LoPiccolo les dio su bendición y les envió de vuelta a casa. En lugar de patologizarles, le pareció extraordinario que se hubieran encontrado el uno al otro. No consideró que tuviera el derecho de diagnosticarles basándose en las prácticas que da como buenas la cultura dominante, especialmente en un área tan subjetiva y relativa

como la de las relaciones y preferencias sexuales. En realidad, si se eliminase el coito como la norma con la que se miden todos los trastornos sexuales, ¡muchos de ellos desaparecerían! Y la «terapia breve» sería brevísima.

La importancia de los factores comunes en la predicción del éxito terapéutico

A los profesionales de la salud mental se les ha presionado cada vez más en los últimos tiempos para que definan qué es una «terapia efectiva». A partir de que la American Psychological Association publicase una lista de las terapias «validadas empíricamente», se ha generado mucha búsqueda en la profesión para encontrar una definición adecuada de «práctica basada en la evidencia». Por supuesto, las empresas de seguros se han posicionado como observadores interesados en este proceso, y es posible que no pase mucho tiempo antes de que ellas, como la tercera parte pagadora, solo satisfagan los honorarios del proveedor de servicios cuya formación y entrenamiento coincidan con los que se incluyan en los procedimientos que «componen la lista». Todo esto ha creado una comprensible preocupación dentro de la comunidad terapéutica, en la medida en que la construcción social que se ha hecho del resultado de tales investigaciones tiene consecuencias generalizadas. Existe el temor creciente de que si la búsqueda de enfoques basados en la evidencia se limita a un esfuerzo para identificar técnicas o modelos específicos, cualquiera que no practique una terapia cognitivo-conductual se pueda encontrar con que no tiene trabajo.

Si las empresas de seguros emprendieran este tipo de acciones, estarían pasando por alto los hallazgos de la mayor parte de la investigación realizada sobre resultados terapéuticos, que apunta a que todos los enfoques de tratamiento obtienen logros más o menos equivalentes (Wampold, 2001). A partir de este hecho, es mejor que la búsqueda de «lo que funciona» se base en factores o elementos que son un «denominador común» de los diversos modelos, y que para hacer frente al reto de entrenar a los nuevos terapeutas lo más adecuado sea dirigir la atención de los estudiantes hacia los factores comunes, en lugar de adoctrinarlos en las diversas ideologías teóricas.

Las investigaciones que se han llevado a cabo para identificar estos factores o «elementos esenciales» (Bergin y Garfield, 1994; Hubble, Miller y Duncan, 1998) arrojan los siguientes resultados:

- Los factores extraterapéuticos, como los clientes y su visión del proceso de la terapia, su estilo cognitivo y sus expectativas (teóricas) acerca de qué es necesario para que se produzca el cambio, explican un 40 % de la varianza en el éxito de la terapia.
- Los elementos esenciales de una relación terapéutica, tal como los definieron Carl Rogers y otros, explican un 30 % de la varianza en el éxito de la terapia.

- El efecto placebo (es decir, la esperanza del cliente y del terapeuta en que se producirá el cambio) explica un 15 % de la varianza en el éxito de la terapia. Sin esperanza, ¿qué más queda aparte de ansiedad, depresión o callada desesperación?
- La estructura del modelo de terapia y las técnicas empleadas explican el 15 % restante de la varianza en el éxito de la terapia. En algunos modelos y técnicas la probabilidad de que estén presentes los elementos antes mencionados es mayor.

Es bastante probable que las «técnicas» cuya capacidad para producir el cambio ha sido validada empíricamente lo favorezcan en realidad (intencionadamente o no) a causa de los dos primeros factores mencionados. Por ejemplo, hasta donde yo sé, no existe más tratamiento de las fobias validado empíricamente que la desensibilización sistemática. Demostrada su efectividad en diversos tipos de fobias, y en contextos de género, origen étnico, diferencias culturales y religión distintos (Taylor y Arnou, 1988), tiene en cuenta el punto de vista del cliente (incorpora su opinión y su perspectiva en la construcción de la jerarquía de estímulos temidos) y hace coincidir el tipo de relajación que utiliza con aquella que el cliente encuentra más efectiva. Aunando la relajación y la jerarquía de temor, el terapeuta solo se desplaza entre los niveles de miedo cuando el cliente indica que está preparado para ello, y proporciona así esperanza y expectativa de cambio desde los primeros avances conseguidos.

La terapia sexual desde una perspectiva ecléctica/narrativa

La terapia narrativa, tal como su nombre indica, se lleva a cabo mediante la utilización de una metáfora literaria, en lugar de una médica. El trabajo narrativo, que se deriva de los conceptos de la construcción social, busca liberar la voz del cliente de la opresión de los mitos y discursos culturales, y para ello se sirve del diálogo que exterioriza los problemas en lugar de interiorizarlos, y distingue entre las narrativas establecidas social y culturalmente y aquellas otras que se construyen a partir de la autoría del cliente y de la información que aporta acerca de sus «preferencias». Un tutorial completo sobre el trabajo narrativo está más allá del alcance de este capítulo, pero si está interesado en este modelo puede encontrar relatos completos y explícitos en la bibliografía. Las ideas narrativas que se describen a continuación permiten la generalización a numerosos tipos de casos.

EXTERIORIZAR EL PROBLEMA

La mayoría de los terapeutas narrativos, aunque no todos, aplican la exteriorización del problema en su trabajo. Aunque el concepto en sí mismo es bastante sencillo, llevarlo a la práctica con habilidad requiere maestría. La mayor parte de los programas de entrenamiento terapéutico están saturados de «conversaciones diagnósticas

interiorizantes» (White, 1989) que sitúan la fuente de los problemas en el interior de la persona que se está evaluando. Las conversaciones exteriorizantes caracterizan al *problema como el problema*, en lugar de a *la persona como el problema*.

En lugar de objetivar al cliente, y definirlo como alguien que tiene un «problema de identidad», lo que el terapeuta objetiva es el problema, e invita a las parejas a adaptar una postura contra él, en lugar de uno contra el otro. Esto a menudo resulta útil en el terreno de la terapia sexual, porque para cuando una pareja decide acudir a un terapeuta muchas veces llegan culpándose el uno al otro de las dificultades. Por medio de la exteriorizantes del problema, se invita a la pareja a considerar qué pasos consideran que es necesario dar para recuperar la vida sexual que prefieren arrancándola de las garras del problema.

Richard y Sophia llegaron a la primera sesión de terapia conyugal con una larga lista de dificultades, en la que las «cuestiones sexuales» ocupaban uno de los primeros lugares. Las preocupaciones más urgentes de Sophia giraban principalmente en torno a la falta de sensibilidad, de consideración y de conocimiento mínimo de las necesidades de ella por parte de Richard. Él, un oficial militar de carrera que había estado en el ejército desde los 18 años, se mostró confuso acerca de lo que «las mujeres quieren y necesitan» y parecía en cierto modo deprimido por su fracaso en complacer a su mujer.

Para exteriorizar el «estilo de vida militar» indagué qué había comportado éste de bueno para ellos. Ambos describieron muchas ventajas. Les pregunté después cómo había llegado a convertirse en un problema. Richard intervino inmediatamente y dijo que aunque el ejército le había convertido en un experto en el manejo de grupos numerosos de hombres y en organizarlos para defender Estados Unidos, no le había enseñado absolutamente nada acerca de cómo tratar a las mujeres y complacerlas, sexualmente o de otras formas. En el ejército, dijo, podía dar órdenes a las mujeres y ellas obedecían, pero eso no funcionaba en casa. Sophia se mostró de acuerdo y añadió que dedicarse a ser un buen militar y un hombre que proporcionaba lo que hacía falta en casa había consumido todo su tiempo y energía, dejando poca oportunidad para que aprendiese otras cosas.

Cuando le pregunté a Richard si le gustaría estar tan bien entrenado en tratar a las mujeres como lo estaba en cuestiones militares, respondió afirmativamente con mucho entusiasmo. Esto abrió un espacio para una discusión sobre las preferencias femeninas, los estilos de respuesta sexual y las técnicas sexuales, que pudimos mantener sin que se sintiera inferior o a la defensiva. La pareja estaba interesada en llegar a un punto donde no toda actividad sexual tuviera que llevar necesariamente al coito, que el placer de los dos fuera algo que se daban mutuamente, y que sus comportamientos sexuales incluyeran técnicas de estimulación oral y manual.

Richard, a quien habían educado con valores estereotipados, creía que las mujeres no desean sexo muy a menudo, si es que lo desean alguna vez, y que su existencia está al servicio de cubrir las necesidades de los hombres. Se sorprendió al saber que las mujeres

son las hembras más sexuales de la Tierra, como evidencia el hecho de que son sexualmente receptivas 365 días al año (por lo menos en teoría) y capaces de experimentar orgasmos múltiples. Conocer esta nueva información, así como adoptar una posición no defensiva y exenta de juicio a partir de la cual discutir las diferencias, permitió a Richard y Sophia encontrar formas nuevas de relacionarse sexualmente y de disfrutar el uno del otro en más aspectos que antes.

Otra pareja, Adam y Nicole, estaban preocupados por la «indiferencia sexual» de Adam. Nicole explicó que desde que ella había expresado interés por practicar mutuamente el sexo oral, la actitud de Adam hacia ella había experimentado un cambio drástico. A medida que hablamos, descubrí que sus familias de origen eran muy diferentes, tanto como la experiencia y educación en el terreno sexual de cada uno de ellos, así que decidí explorar y exteriorizar las «creencias sexuales familiares». Le pregunté a Adam qué consecuencias había tenido esa diferencia en las creencias de las familias, y respondió que había sido educado en la convicción de que solo a las putas les gustaba el sexo oral, y que eso le había hecho preguntarse si su esposa no tendría un pasado oscuro que hubiera mantenido en secreto. A Nicole, por el contrario, la habían educado en la creencia de que cualquier tipo de actividad placentera entre dos personas adultas que consentían en ello era normal y estaba bien, y no comprendía la reacción de Adam. Él me preguntó entonces si sus padres le habían educado correctamente. Como respuesta, le di un artículo para que lo leyera, que incluía datos sobre investigaciones acerca de las prácticas sexuales habituales en la mayoría de las parejas. Llegó a la siguiente sesión sorprendido y con la sensación de que había sido una negligencia por su parte juzgar tan duramente a su esposa. La historia acabó felizmente, y Adam descubrió que el sexo oral era en realidad bastante agradable.

COMPARACIÓN ENTRE LA HISTORIA ESTABLECIDA Y LA HISTORIA PREFERIDA

Las pomposas narrativas acerca de la sexualidad humana, que se nutren de la cultura, la religión, el género y la familia, dictan los comportamientos, las actitudes y los sentimientos de las personas y las limitan. Invitar a las parejas a comparar la historia establecida con la historia que prefieren se ha demostrado liberador y curativo, porque las ayuda a distanciarse de los aspectos opresivos de esas narrativas saturadas de problemas. Yo empiezo por entrevistar a la pareja acerca de sus actitudes y creencias sexuales, originalmente y en la actualidad, y les hago preguntas como éstas:

- Cuando ustedes estaban creciendo, ¿de qué forma influyó su familia en sus creencias y comportamientos sexuales?
- ¿Sus padres eran abiertos con ustedes acerca de su relación sexual? ¿Qué tipo de vida sexual creen ustedes que tenían?

- ¿Qué influencia ha tenido en sus creencias sexuales lo que aprendieron sobre el género? ¿Se pueden aplicar sus creencias igualmente a hombres y mujeres? Y si no es así, ¿en qué se diferencian?
- ¿De qué forma el matrimonio afecta a sus creencias y sus prácticas sexuales?
- ¿Creen que el sexo en la pareja debe ser algo mutuo y compartido o que uno de los dos tiene que someterse al otro?
- ¿Qué les han enseñado que es el sexo? ¿El sexo es solo coito?
- ¿Tienen que acabar en el coito otras formas de contacto físico?
- ¿Hay cosas que ustedes consideren inapropiadas cuando las hacen adultos que consienten en ellas en la privacidad de su hogar?
- ¿Qué factores son necesarios para que haya «buen sexo»?
- ¿Qué es lo que más ha influenciado sus creencias acerca del sexo: la familia, la religión, el género, la educación u otra cosa?

A lo largo de los años, he recibido respuestas muy variadas a estas preguntas, y muchas de ellas, al menos por parte de personas heterosexuales, apuntan a diferencias de género muy marcadas entre las mujeres:

- Cuando fantaseaba sobre el sexo en la adolescencia, nunca pensaba en tener un enorme pene palpitando dentro de mi boca.
- Lo único que me explicó mi madre sobre el sexo es que lo haces tumbada y que, aunque no es agradable, tampoco duele.
- Cada vez que mi marido me toca sé que si la cosa no acaba en coito se sentirá decepcionado.

Y entre los hombres:

- Me enseñaron que el sexo no es algo que disfruten las mujeres; solo es algo que hacen para complacer a los hombres.
- El sexo cambia mucho con el matrimonio. Hemos pasado de hacerlo continuamente a casi no hacerlo nunca. Antes de casarme practicaba mucho más el sexo.
- Nadie me dio instrucciones ni me enseñó nada acerca de lo que gusta sexualmente a las mujeres, ni me dijo cómo ser un buen amante.

Cualquiera que sea la orientación sexual de la pareja, sus respuestas me ayudan a valorar su forma de entender las cosas y me dan claves para saber por dónde iniciar la intervención. Si todavía hay respeto y confianza mutuos, puede que solo tenga que ofrecerles algún tipo de «educación sexual». Pero a menudo el problema es fundamentalmente relacional y no sexual. Es decir, las dificultades sexuales de la pareja son consecuencia de la falta de algo mutuo y de la sensación de amenaza, desconfianza e

inseguridad. Una buena relación sexual es muy difícil de lograr cuando la confianza y el respeto mutuos están ausentes, así que en estos casos me centro en restaurar la confianza en sí mismos y en su relación.

Después de que consigo comprender lo suficientemente bien las creencias actuales de la pareja, empezamos a comentar sus preferencias. Esta conversación puede resultar algo más difícil, porque muchos clientes son reticentes a decir lo que opinan en presencia de su pareja. Las preguntas orientadas a la solución les pueden ayudar a encontrar la forma de expresarlas:

- ¿Preferiría una pareja que eligiera el sexo con usted porque le deseara o una que lo hiciera por obligación?
- ¿Hubo tiempos en su relación en que el sexo para usted era bueno? Si es así, ¿puede describir cómo era entonces?
- ¿Hay alguna creencia sobre el sexo que le enseñaron y que le gustaría descartar?
- ¿Hay alguna actividad sexual que le gustaría eliminar o añadir a sus prácticas actuales?
- ¿Qué cree que sería necesario para tener el tipo de relación sexual que usted prefiere?
- ¿Cuán importante es para cada uno de ustedes que su pareja satisfaga sus preferencias durante la relación sexual?
- Si esta noche, mientras duerme, se produjese un milagro, y mañana se despertase teniendo el tipo de relación personal y sexual preferida por usted, ¿cuáles serían los cambios que usted notaría?

En este punto de la terapia, tenemos dos historias diferentes que es posible comparar: una dominada por los problemas y otra saturada por las soluciones. El siguiente paso es determinar qué se interpone en el camino de la pareja para que puedan tener el tipo de relación sexual que prefieren. Es decir, nos fijamos en cualquier cosa que pueda ser una «restricción» para pensar, sentir y comportarse de la manera que prefieren.

EXPLORAR LAS RESTRICCIONES

Las restricciones toman habitualmente la forma de creencias y obligaciones que influyen tanto a los clientes que nunca han considerado seriamente desprenderse de ellas. Un excelente ejemplo es el supuesto antes mencionado de que «sexo es igual a coito». Al juzgar el éxito o el fracaso en la relación comparándola con esta norma, la pareja se considera a sí misma un fracaso sexual siempre que no tienen ambos un orgasmo —o lo que es peor, que no lo tienen al mismo tiempo— durante el coito, a pesar de que sean perfectamente capaces de complacerse el uno al otro manual u oralmente. ¡Ésta puede ser una creencia bastante restrictiva!

Desde un punto de vista narrativo, es tan importante (o quizá mas) liberar a los clientes de aquello que les limita como producir cambios por la vía de algún tipo de intervención. A menudo, cuando se facilita el espacio y la autorización para explorar las restricciones, el cambio se produce de manera bastante natural, como sucedió con el cónyuge que estaba convencido de que solo las putas practicaban, y disfrutaban, el sexo oral.

Fui testigo de otro ejemplo de cambio a partir de la liberación de las restricciones cuando estaba de interno en el Programa de Terapia Familiar en Calgary, Canadá. Una pareja mayor que atendía el doctor Gary Sanders me contó la historia de una larga y agradable vida sexual que se había visto recientemente interrumpida por cambios fisiológicos relacionados con la edad. El doctor Sanders evaluó correctamente que la relación de esa pareja era sólida y que lo que les faltaba era el «permiso» para llevar a cabo otras formas de actividad sexual además del coito. Sugirió que antes de continuar con la sesión, vieran algunas películas con contenidos sexuales explícitos en la sala de proyección. Después de 30 minutos, la pareja reapareció y preguntó si lo que habían estado viendo eran conductas sexuales normales. El doctor Sanders les aseguró que lo eran. Se marcharon con un brillo pícaro en los ojos y no concertaron cita para más sesiones.

Una vez que se han definido las restricciones, empiezo a criticarlas y cuestionarlas con suavidad en relación con el tipo de relación sexual que la pareja ha indicado que desea. Habitualmente, me cuesta más liberar a los clientes de las creencias que les restringen que lo que le costó al doctor Sanders hacerlo con la pareja que acabo de describir, pero siempre ayuda que los clientes tengan una relación de correspondencia y seguridad en la que apoyarse. Si la pareja tiene problemas relacionales, o si las restricciones son demasiado grandes y bien engranadas como para poder alterarlas fácilmente, es más difícil que se produzca el cambio terapéutico.

GENERAR Y PROCESAR RESULTADOS ÚNICOS

La principal «intervención» en la terapia narrativa, tal como la entiendo yo, es localizar casos en que los clientes ya se comportan de acuerdo con sus preferencias. Los terapeutas narrativos llamamos a estos casos «resultados únicos» porque están fuera de lo que cualquiera podría predecir que pasaría si el problema estuviera controlando por completo la vida de los clientes. He aquí unas cuantas preguntas del tipo que puede ayudar a generar tales resultados:

- ¿Cuándo fue la última vez que su relación sexual fue tal como ustedes prefieren que sea?
- ¿Ha habido momentos en que se han sentido oprimidos por la desconfianza o el temor, pero han podido eludirlos y disfrutar el uno del otro?

- ¿Existen momentos o contextos especiales en los que pueden recuperar la relación que el «problema» ha conseguido robarles parcialmente?
- ¿Hay áreas de su relación no sexuales en las que prevalece la correspondencia y la confianza?

Cuando los terapeutas narrativos descubren los casos de liberación, los utilizan activamente en el proceso de «revisión de la historia» que es compatible con las preferencias de la pareja. Este proceso sigue generalmente una serie de «pasos»:

- Escuchar atentamente y hacer preguntas (como las que se indican más arriba) para generar un «caso único de excepción» en una historia saturada de problemas.
- Obtener de los clientes un «relato único» de ellos mismos y de su relación a la luz del caso único.
- Funcionar como audiencia interesada mientras los clientes narran una «redescripción única» de ellos mismos y de su relación.
- Explorar con los clientes las «posibilidades únicas» que están potencialmente a su alcance como resultado de la discusión anterior.

Melissa, una mujer de 45 años, acudió a la terapia porque se sentía deprimida, después que se acabase una intensa relación sexual con un hombre de 28 años. Mi conversación con ella, reconstruida a partir de lo que recuerdo, es un ejemplo que ilustra lo que he descrito anteriormente.

Melissa: La vida ya no tiene sentido. Él me abandonó por una mujer más joven y me dijo que yo ya no era atractiva. En este momento no me importa lo que pueda pasar. Ya no habrá más relaciones románticas ni más sexo para mí.

Rob: ¡Fue realmente cruel lo que hizo! No solo la abandonó, sino que le dijo que era porque usted ya no era atractiva. Comprendo que ha debido de ser una experiencia muy dolorosa. ¿Puede hablarme más acerca de qué le hace pensar que la vida ya no tiene sentido y que ya no es posible la relación romántica con un hombre?

Melissa: No voy a rejuvenecer... Le di a él los mejores años que me quedaban, años en que yo era muy atractiva. Ya no podré atraer a los hombres, teniendo en cuenta mi edad y mi aspecto. ¡Me siento como una idiota!

Para ayudarla a ver el problema como un problema, y no a ella misma como el problema, externalicé el «miedo».

Rob: Así que siente que se le acaba el tiempo, y el *miedo* le hace pensar que usted ya no es lo bastante atractiva como para interesar a un hombre, y que ha gastado tontamente su tiempo. Melissa: ¡Exacto!

La clienta estaba inmersa en una negatividad que no cesaba, así que planteé una pregunta para provocar un resultado único.

Rob: Hay una cosa que me despierta mucha curiosidad. No he podido evitar fijarme en que va muy bien vestida y cuidadosamente maquillada. Me preguntaba que, si él se lo llevó todo —el sentido de la vida—, ¿cómo es que usted tiene hoy tan buen aspecto?

Melissa: Bueno (*una larga pausa*), quizás he exagerado un poco. Él se llevó mucho, pero no todo.
Rob: Ya veo. No se llevó todo el orgullo de usted, y el *miedo* no ha podido evitar que usted cuide su aspecto.
Melissa: No, no del todo.

Después de establecer un resultado único, fui en busca de otros, pero añadí primero el *dolor* a los problemas exteriorizados.

Rob: Así que ésta es su forma de batallar contra el *dolor* y el *miedo*. ¿Lucha también de otras formas?
Melissa: Supongo que sí. Sigo haciendo ejercicio. Voy a nadar cinco días a la semana.

Externalicé entonces el dolor como *dolor por la pérdida*.

Rob: ¡Vaya! Así que el *miedo* y el *dolor* no la han convencido para que se rinda.
Melissa: No.
Rob: Ha mencionado que le aterrorizaba ir al trabajo. ¿Continúa yendo?

Yo esperaba escuchar más resultados únicos.

Melissa: No he faltado ningún día al trabajo, si es a eso a lo que se refiere.
Rob: Así que incluso a pesar de que la *pérdida* y el *miedo* han tenido un gran impacto en usted, no han conseguido que a usted deje de importarle todo. ¿Es así?
Melissa: Bueno, supongo que se podría mirar de esa forma, pero es que tengo que hacer esas cosas.
Rob: ¿De verdad? ¿Quién lo dice? Quiero decir que usted no tiene literalmente que hacer esas cosas (*pausa*). Podría haber permitido que el *dolor* y el *miedo* le hicieran abandonarlas. ¿Cómo lo ha hecho para que no suceda eso?

Para responder a esta pregunta, necesita encontrar un resultado único.

Melissa: Bueno, aún me queda algo de orgullo.
Rob: Así que por un lado, el *dolor* y el *miedo* han intentado arrebatarle su vida y convencerla de que su situación es deprimente, pero por otro lado, hay una parte de usted que sigue combatiéndolos e impidiéndoles que la controlen por completo. ¿Qué cree que significa que usted haya sido capaz de hacer eso?

Le pedía que encontrara cualidades personales que explicasen un resultado único.

Melissa: Mmm (*pausa*), bueno (*pausa*) quizá significa que no estoy tan mal. Que quizás aún queda esperanza para mí (*sonríe un poco*).
Rob: Así que a pesar de esforzarse tanto, el *dolor* y el *miedo* no han sido capaces de conseguir que usted abandone la posibilidad de tener una relación y una vida sexual plenas. ¿Cómo consigue seguir teniendo tan buen aspecto y continuar yendo al trabajo? Me refiero a cómo lo hace concretamente la mayoría de los días?
Melissa: No lo sé, veamos... Yo (*pausa*), bueno, simplemente me digo a mí misma que tengo que hacerlo, que se acabaría todo si dejara de cuidarme.
Rob: Así que usted habla de ello consigo misma, mantiene una conversación en la que la parte de usted que aún tiene esperanza le dice a la otra parte que siga aguantando.
Melissa: Supongo que sí.
Rob: ¿Qué tipo de persona —a pesar del *dolor* y del *miedo*— continúa ría manteniendo la esperanza y el interés por sí misma?

Ésta fue una pregunta de redescrición única, planteada en tercera persona de forma que Melissa se sintiera libre para describirse a sí misma de una forma nueva.

Melissa: Una que no hubiese tirado del todo la toalla.

Su respuesta me permitió continuar con una pregunta de posibilidad única.

Rob: Sabiendo esto de esa persona, ¿puede predecir qué hará ella en los próximos días?

Melissa (*con una pequeña sonrisa*): Continuará cuidándose de esa manera (*pausa*), por si acaso.

Rob: ¿Por si acaso qué?

Melisa: Por si (*pausa*), ah, por si acaso hay por ahí algún hombre que lo note.

Visión de conjunto

La siguiente exposición de un caso ilustra el enfoque ecléctico de la terapia narrativa que he descrito y proporciona ejemplos concretos de varias de las técnicas.* Jared y Andrea, una pareja de cerca de 30 años, vinieron a la terapia preocupados por su vida sexual y por cómo afectaban esas dificultades a su relación. Casados desde hacía menos de un año, se habían abstenido de mantener relaciones sexuales antes del matrimonio. Cuando, después de la boda, intentaron realizar el coito, a Andrea le resultó doloroso. Hablando con Jared del tema, le confesó que había tenido varios amantes antes de él, y que nunca había sentido dolor con ellos. Él quedó conmovido al enterarse de que ella no era virgen y que además le gustaba practicar el sexo oral mutuo. Jared me dijo que no se había casado con la mujer que él pensaba, y que consideraba que Andrea era «como una prostituta» porque le gustaba el sexo oral.

Andrea se describió a sí misma como una persona que siempre había disfrutado el sexo, y añadió que se había dado cuenta de que a Jared no le gustaba oírle decir esas cosas. Él se mostró de acuerdo. Se sentía como un amante fracasado y le preocupaba que su falta de experiencia le colocara en una posición de desventaja, porque Andrea tenía «muchos otros con los que compararle». Externalicé el problema como *inquietud* y les pregunté de qué manera les había influenciado.

Rob: Parece que la *inquietud* se ha servido de las dificultades sexuales para intentar crear distancia y confusión en su matrimonio.

Andrea: Sí, estoy de acuerdo. (*Jared hace un gesto de asentimiento con la cabeza.*)

Una vez han aceptado la exteriorización, puedo entonces utilizarla para recoger más información.

Rob: ¿Cómo se las ha arreglado la *inquietud* para conseguir eso?

Andrea: Tenemos un pasado sexual muy diferente... no solo en términos de experiencia, sino en la manera como nos educaron nuestras familias.

Rob (*a Jared*): ¿Está de acuerdo con eso?

Jared: Sí, incluso hay más diferencias de las que pensaba cuando éramos novios.

Rob: ¿Así que la *inquietud* se ha servido de las diferencias en la educación sexual que les dio su familia con el fin de crear un problema en su matrimonio?

Esta reflexión de exteriorización me ayudó a comprobar si estaba avanzando con ellos.

Jared: Sí, supongo que lo ha hecho.

Rob: ¿Podría describir algunas de las diferencias de que se ha valido?

Jared: Bueno, yo crecí en Estados Unidos y mis padres eran religiosos conservadores. Muchas de las cosas en que creo las aprendí de ellos y en la iglesia.

Rob (*a Andrea*): ¿Y dónde y cómo creció usted?

Andrea: Yo crecí en Cuba y vine a Estados Unidos cuando era una adolescente. Mi madre era muy religiosa, pero mi padre no. De hecho, él se negaba completamente a ir a la iglesia.

Jared: ¡Y engañaba a su madre continuamente!

Rob (*a Andrea*): ¿Está de acuerdo con eso?

Andrea: Sí, estoy bastante segura de que lo hacía... aunque yo nunca supe nada de cierto. Mi madre me decía que él la engañaba, pero que no se podía divorciar de él porque era pecado.

Rob (*A Jared*): Así, creció con la idea de que el sexo fuera del matrimonio estaba mal, y tanto usted como sus padres actuaban de acuerdo con eso. Y (*a Andrea*) usted creció con la idea de que el sexo fuera del matrimonio podía no ser ideal, pero había que tolerarlo a causa de las creencias religiosas.

Andrea: Sí, pero es más que eso. Me educaron en la creencia de que el coito en la posición del misionero es la única forma de practicar el sexo, porque todo lo demás es una perversión y un pecado.

Rob: ¿Y cómo creció usted?

Yo preguntaba acerca del origen de sus actitudes de forma que pudiera captar las prescripciones (y proscripciones) familiares.

Andrea: Lo mejor era practicar el sexo dentro del matrimonio, pero también era posible disfrutarlo y celebrarlo de diversas formas. No pasaba nada por experimentar con el sexo oral y manual, y con otras posturas para hacer el amor.

Rob (*a Jared*): ¿Creció pensando que las mujeres disfrutaban el sexo o que simplemente lo toleraban?

Jared: Bueno, nunca me hablaron de eso en casa, así que no lo sé de cierto. Pero la sensación que me quedó era que se hacía sobre todo para el hombre. No podría imaginar a mi madre disfrutándolo mucho, y desde luego que no me la imagino practicando el sexo oral.

Rob: ¿Hablaron de estos temas antes de casarse?

Andrea: No, no realmente. Creo que simplemente asumimos que todo estaría bien una vez que estuviésemos casados. Sabía que él era más conservador que yo, pero pensé que cuando fuéramos marido y mujer las cosas irían bien. Tenía ilusión por tener relaciones sexuales con él, y por complacerle (*pausa*) y sentirme yo complacida.

Rob (*a Jared*): ¿Le parecería bien que ella disfrutase del sexo con usted?

Tenía curiosidad por conocer hasta qué punto la educación familiar de Jared le restringía.

Jared: Sí, por supuesto, pero no es así. Ni siquiera lo hacemos porque le duele mucho. Debo de estar haciendo algo mal.

Rob: Caramba, la *inquietud* tiene mucho donde agarrarse, ¿no? Cuenta con las diferencias en su educación y experiencia, y también con el dolor cuando intentan el coito. Hasta qué punto les están influenciando? ¿Un cien por cien?

Con mi reflexión exteriorizada les pedía que sopesaran la influencia relativa del problema.

Andrea: Un cien por cien en nuestra vida sexual, y está empezando a afectar también otras áreas de la relación.

Rob (*a Jared*): ¿Está de acuerdo?

Jared: Sí, creo que los dos estamos cada vez más a la defensiva. Y discutimos más.

Rob: Así que la *inquietud* se vale de las diferencias en su historia y del dolor para conseguir entrar en su relación, pero no le basta con eso. ¿Ahora está intentando influir también en otros aspectos? Eso —que haya algo que crea distancia y conflicto en su matrimonio— debe de ser frustrante para ustedes dos y seguramente les asusta.

Jared: Sí, por eso estamos aquí.

Habitualmente, continúo con el diálogo de exteriorización de la dificultad hasta que tengo una imagen clara del problema de la pareja y de cómo éste les afecta —una que los clientes consideran adecuada—. Pero con el interés de no contribuir a la «creación del problema», prefiero no insistir demasiado en este proceso. Después de una o dos sesiones de adquisición de un relato «saturado de problemas», puedo empezar a contrarrestarlo con una versión «saturada de soluciones».

Empecé la siguiente fase de la terapia haciéndoles una sola pregunta de resultado único.

Rob: A pesar de la influencia de la *inquietud*, están aquí, siguen juntos y han buscado asesoramiento. ¿Cómo lo han conseguido?

Andrea: Seguimos queriéndonos mucho. Deseamos estar juntos. Hay muchas cosas buenas en nuestra relación.

Si la *inquietud* tuviera todo el control, Andrea no hubiera podido ofrecer un resultado único tan maravilloso.

Jared: Sí, estoy de acuerdo. Si podemos enderezar el tema del sexo, nuestra relación será estupenda.

Rob: Así que la influencia de la *inquietud* en su vida sexual no ha sido tan fuerte como para borrar el amor que sienten el uno por el otro ni su deseo de estar juntos.

Andrea: No, no lo ha sido, aunque ha podido afectarnos en algo.

Respondí al comentario de Andrea intentando obtener un relato único.

Rob: ¿Pero a pesar de que la *inquietud* ha hecho todo lo que ha podido, no ha conseguido influenciarlos por completo?

Andrea: Hacemos cosas juntos que disfrutamos mucho, como salir a cenar fuera. A los dos nos encanta la comida y las veladas especiales.

Jared: Nuestras creencias religiosas son una parte importante de eso. Los dos estamos convencidos de que tenemos un compromiso espiritual mutuo. Recordarlo es una ayuda.

Consideré esto como una oportunidad para obtener una redesccripción única.

Rob: Así, ustedes han continuado haciendo cosas que fomentan la proximidad y el compromiso, incluso aunque la *inquietud* se las haya arreglado para socavar de alguna manera una parte de su relación. ¿Qué creen que significa que ustedes hagan esas cosas?

Andrea: ¿Se refiere a qué dice de nosotros?

Rob: Sí, quiero decir que todo esto podía haber motivado que se divorciasen. Pero lo que hacen ¿significa que ustedes siguen luchando contra la *inquietud* y están decididos a librarse de su influencia?

Andrea: No somos el tipo de persona que se casa a la ligera. Los votos que hicimos son importantes para nosotros.

Jared: Este problema no se va a llevar lo mejor de nosotros. Nuestro amor es más fuerte que eso.

Rob: Ya veo. La *inquietud* ha hecho acto de presencia para librar una batalla muy reñida contra los dos. Y ustedes aceptan el reto.

Andrea (*riéndose*): Supongo que se podría expresar así, sí.

Jared: No lo había pensado de esa manera, pero estoy de acuerdo.

Que estuviesen ambos de acuerdo con mi comentario, me permitió dar el siguiente paso: obtener una posibilidad única.

Rob: Así que ustedes están decididos a unirse contra la influencia de la *inquietud*. ¿Qué diferencia creen que esto puede producir en el resultado de esa lucha?

Andrea: Mucha. De lo contrario, habría muchos daños.

Jared: Seguro, en nuestro futuro va a haber proximidad y compromiso.

Rob: Así que ¿tendría sentido que trazáramos un plan claramente perfilado para reducir aún más la influencia de la *inquietud*? ¿Estarían interesados en eso?

Pensé que sería útil formular su enfrentamiento a la *inquietud*.

Jared: Absolutamente. Eso es lo que necesitamos hacer.

Andrea: Estoy de acuerdo. Siempre lo hemos necesitado; simplemente no sabíamos qué hacer exactamente.

Rob: Sí. La *inquietud* trabaja de esa manera. Se cuela dentro, causa confusión y se hace más y más fuerte si se lo permitimos. En lugar de dejar que suceda eso, han venido en busca de asesoramiento, y se han recordado a sí mismos las cosas buenas de la relación, y también el compromiso que tienen el uno con el otro. Ya han conseguido que la *inquietud* empiece a huir. Solo necesitan invitarla a que se dé prisa.

Jared: A mí me parece bien. (*Andrea asiente con un gesto de la cabeza.*)

Como Andrea sentía dolor con el coito, sugerí que el plan para reducir la influencia de la *inquietud* incluyese que ella se sometiera a un reconocimiento físico. Andrea estuvo de acuerdo en visitar a una ginecóloga que le recomendé. Ésta encontró y trató una lesión de Andrea en el cuello del útero, y en un mes desapareció el dolor. La pareja también estuvo de acuerdo en ampliar su educación sexual leyendo el material escrito que les ofrecí. Jared, que desconocía muchas cosas sobre las prácticas sexuales, se sorprendió al saber que muchas parejas practican el sexo oral y que algunas personas muy religiosas y espirituales disfrutan de una variedad de comportamientos sexuales con su pareja. Jared accedió a practicar el sexo oral con Andrea y pronto decidió, en interés del matrimonio y de su compromiso, que ¡quería continuar con el experimento! Así concluyó la terapia.

Resumen

Antes he puesto el acento en que el modelo que utiliza el terapeuta es menos importante que su habilidad para acceder a los recursos intrínsecos de los clientes y desarrollar alianzas terapéuticas sólidas. Con todo, en algunos modelos, unos más que

otros, se subraya la importancia de estas habilidades. La terapia narrativa es uno de ellos. Este enfoque remarca la objetivación de los problemas en lugar de las personas; anima a los terapeutas a trabajar en colaboración *con* los clientes, no como expertos que están *por encima* de ellos, y destaca la influencia de la cultura y la familia en las actitudes, creencias y acciones de las personas. Me convertí en un terapeuta narrativo porque me atrajo el tipo de relación terapéutica que fomenta, y no porque creyese que era la «forma mejor y más auténtica de ayudar a la gente».*

A partir de que los terapeutas narrativos exteriorizan un problema, ellos y sus clientes están en condiciones de revisar los significados basados en el modelo médico contenidos en las categorías de trastornos mentales del *DSM-IV*. Cuán profundamente diferente es sugerir que los clientes están «bajo la influencia de la depresión» que referirse a ellos como afectados por un «trastorno mental llamado depresión». He visto que situar los problemas fuera de los clientes, objetivar los problemas en lugar de las personas, permite que haya confianza en las conversaciones terapéuticas, y que puedo aceptar al modelo médico como invitado, sin necesidad de irme a la cama con él. A aquellos terapeutas que quizás están hartos de tener al mismo viejo modelo médico como compañero de cama, ¡puede que tener una aventura con la terapia narrativa sea justo lo que les recete el médico!

Bibliografía

- Berg, I. K., *Solution-focused approach to family-based service*, Milwaukee, Wisconsin, Milwaukee Brief Family Therapy Center, 1990.
- Bergin, A. y S. Garfield (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4ª ed., Nueva York, Wiley, 1994.
- De Shazer, S., *Keys to solution in brief therapy*, Nueva York, Norton, 1985 (trad. cast.: *Claves para la solución en terapia breve*, Barcelona, Paidós, 2008).
- , *Clues: Investigating solutions in brief therapy*, Nueva York, Norton, 1988 (trad. cast.: *Claves de terapia familiar breve: una teoría de la solución*, Barcelona, Gedisa, 1992).
- , *Putting difference to work*, Nueva York, Norton, 1991.
- Doan, R., «The king is dead; long live the king: Narrative therapy and practicing what we preach», *Family Process*, vol. 37, nº 3, 1998, págs. 379-385.
- Epston, D., «Temper tantrum parties: Saving face, losing face, or going off your face», *Dulwich Centre Newsletter*, otoño de 1989.
- Freedman, J. y G. Combs, *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*, Nueva York, Norton, 1996.
- Hubble, M., S. Miller y B. Duncan, «S.W.A.T.: “Special” words and tactics for critical situations», *Crisis Intervention and Time-Limited Treatment*, nº 4, 1998, págs. 179-195.
- , S. Miller y B. Duncan (comps.), *The heart and soul of change: What works in therapy*, San Francisco, Jossey-Bass, 1999.
- Maines, R., *The technology of orgasm*, Baltimore, John Hopkins University Press, 1999.
- Parry, A. y R. Doan, *Story re-visions: Narrative therapy in the postmodern world*, Nueva York, Guilford Press, 1994.
- Taylor, C. B. y B. Arnow, *The nature and treatment of anxiety disorders*, Nueva York, The Free Press, 1988.

- Wampold, B. E., *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*, Mahwah, Nueva Jersey, Erlbaum, 2001.
- Weston, L. C., «Webmd Corporation», 2001, extraído de http://aolsvc.health.webmd.aol.com/content/article/41/1687_51146.htm, 28 de julio de 2003.
- White, M., «The externalization of the problem and the re-authoring of lives and relationships», en *Selected papers*, Adelaida, Australia, Dulwich Centre Publications, 1989, págs. 5-29.
- y D. Epston, *Narrative means to therapeutic ends*, Nueva York, Norton, 1990 (trad. cast.: *Medios narrativos para fines terapéuticos*, Barcelona, Paidós, 2008).

CAPITULO 10

¿CÓMO «LO HACEN» LOS TERAPEUTAS DE PAREJAS DEL MISMO SEXO?

Janie K. Long y Ursula Pietsch Saqui

Cuando empecé mi carrera como educadora sexual en la Iglesia metodista unida a la tierna edad de 22 años, no estaba en absoluto preparada para la primera pregunta que me formuló un chaval de un grupo de secundaria: «¿Cómo lo hacen dos hombres?». Recién licenciada y sin formación específica como educadora sexual, colaboraba en un taller de fin de semana sobre sexualidad para adolescentes y padres. La pregunta, que se me formuló frente a un grupo de veinte jóvenes y cuatro talleristas adultos y con experiencia, provocó que me pasaran por la cabeza unas cuantas cosas a toda velocidad: 1) no quiero que me despidan de este trabajo; 2) me dijeron que fuera sincera en mis respuestas; 3) ¿por qué han tenido que hacerme a mí la primera pregunta?; 4) no te avergüences; 5) no des la impresión de que estás desinformada. Ahora, desde la perspectiva de mis 25 años de trabajo y formación en la clínica, me doy cuenta de lo patéticas que eran mis preocupaciones. ¿Podría haberme inquietado menos parecer inexperta? ¿Podría haber pensado en cosas más exploratorias y apropiadas?: 1) ¿Por qué estoy tan poco preparada para responder la pregunta?; 2) ¿Por qué han hecho esa pregunta en concreto?; 3) ¿Por qué, durante todo el taller, nunca han preguntado cómo se relacionan dos mujeres?; 4) ¿Cómo interpretarán mi respuesta a su pregunta?

Ninguna de nosotras (Janie y Ursula) hemos adquirido nuestros conocimientos sobre el sexo en parejas gays y lesbianas a partir de las clases y talleres de terapia sexual a los que hemos asistido a lo largo de los años, sino por medio de nuestras lecturas y del intercambio de información sobre el tema con otros profesionales, sobre todo con los que trabajan con orientaciones sexuales minoritarias. También hemos aprendido mucho de los clientes atendidos por nosotras que pertenecían a esa minoría y de nuestra relación con la comunidad de gays y lesbianas. Presuponemos que pocos programas de posgrado se centran en enfoques terapéuticos orientados a tratar parejas del mismo sexo,* lo que significa que muchos profesionales clínicos se encuentran en la misma situación en que se hallaba aquel muchacho que levantó la mano para hacer una pregunta hace ya tantos años. Lo que quieren saber esos profesionales es: «¿Cómo “lo hacen” los terapeutas de parejas del mismo sexo»? Este capítulo ofrece —al menos eso esperamos— una respuesta más sofisticada a esta pregunta de la que dio Janie a aquel chico hace casi un cuarto de siglo. En las siguientes páginas exponemos las bases teóricas del trabajo que

llevamos a cabo, y también algunos casos clínicos a modo de ejemplo. Pero lo primero que es necesario comentar son los retos a los que se enfrentan los terapeutas que trabajan con minorías sexuales.

Los retos que plantea el trabajo con parejas del mismo sexo

Las bases de la terapia sexual tradicional son heteronormativas (Ritter y Terndrup, 2002). Diversos autores han señalado la subjetividad del diagnóstico de las dificultades sexuales y las ideas heterocéntricas que subyacen en la conceptualización de muchas de las principales disfunciones sexuales (Tiefer, 1997). A su vez, las quejas asociadas al sexo con que a menudo llegan a la terapia las parejas gays y lesbianas, como la aversión al sexo oral y las dificultades relacionadas con el sexo anal, han sido largamente ignoradas en la literatura (Rosser, Short, Thurmes y Coleman, 1998). Los escasos escritos que sí hablan de ello sugieren que las parejas de mujeres se enfrentan al estigma asociado a los comportamientos sexuales y eróticos femeninos, o bien, que el sexo entre mujeres se entiende tan solo como una experiencia mágica que es una cura para todas y cada una de las dificultades sexuales (Brown y Zimmer, 1986). A las mujeres también les preocupan las ideas sobre el género que tienden a dicotomizar las normas sexuales, como la creencia de que dar el primer paso hacia un acercamiento sexual es un papel que le corresponde al hombre (Slater y Mencher, 1991). No resulta sorprendente que la dificultad más habitual entre las parejas de lesbianas sea la discrepancia en el deseo sexual (Hall, 1987; Schwartz, 1998).

Los hombres gays también se hallan influenciados por la socialización de los roles en función del género y por las creencias heterosexistas. A veces luchan contra la necesidad de separar su sexualidad de sus necesidades emocionales (Canarelli, Cole y Rizzuto, 1999), y en ocasiones se encuentran excesivamente fijados en el funcionamiento sexual, e intentan controlar constantemente qué tal lo están haciendo ellos y cómo responde su pareja (George y Behrendt, 1987). ¿Cómo lleva una pareja gay la idea de la monogamia, cuando han sido socializados para creer que para un hombre la relación gira en torno al sexo y que uno de verdad es aquel que hace muchas conquistas?

La orientación sexual no tiene que ver únicamente con lo que se hace en el terreno de la sexualidad, sino también con las fantasías eróticas y con el afecto entre las personas. Es necesario que los terapeutas prestemos atención a los posibles cambios históricos en la orientación sexual a lo largo de la vida de una persona (DeCecco, 1981), y estemos informados de la variedad de prácticas sexuales de gays y lesbianas, para poder trabajar cualquier incomodidad o fascinación por las prácticas y los acuerdos de las parejas que sean diferentes de los nuestros (Bernstein, 2000).

Una buena terapia comporta ayudar a las parejas a explorar qué es lo que desean, y esto puede representar que tengamos que sondear las posibilidades y las dificultades tanto de la monogamia como de la no monogamia sexual (Bernstein, 2000; Brown y Zimmer,

1986; Schernoff, 1999). «Los profesionales clínicos tienen que entender que es la pareja la que atribuye significado a cuestiones como la fidelidad sexual, las disfunciones sexuales y la sexualidad compulsiva, y no mirar estas conductas a través de la lente de la psicopatología o de los valores de una sociedad heterosexista» (Ritter y Terndrup, 2002, pág. 348). Por ejemplo, Hall (1987) señaló que una mujer que tiene relaciones sexuales con otra mujer, y es además su mejor amiga, su compañera en la actividad sociopolítica y quizá también su socia en una empresa, puede que disminuya el contacto sexual con el fin de crear cierta distancia entre ellas. ¿Esto es una disfunción sexual o un establecimiento sano de límites?

Bases teóricas y clínicas

Los supuestos del constructivismo, del construccionismo social y del feminismo guían nuestro pensamiento y nuestros actos. Nos adherimos a las ideas que relativizan la realidad, respetamos siempre las relaciones entre los supuestos de los que hemos partido para construir nuestra visión de las cosas, y no perdemos de vista que nuestro rol de observadoras influye en nuestra interpretación de lo que observamos (Von Foerster, 1981; Von Glasersfeld, 1984). Consideramos los dilemas de los clientes invenciones sociales, creadas por ellos en sus conversaciones, por otras personas importantes en su ámbito, y por los terapeutas (Gergen, 1985; Hoffman, 1990). Así, asumimos que estos dilemas están abiertos a múltiples interpretaciones y formas de entender las cosas. Esta visión del proceso terapéutico nos hace más flexibles y amplía las opciones de nuestros clientes, porque alentamos la creación de construcciones no patologizantes y orientadas al cambio.

Como feministas, cuidamos mucho la creación de un tipo de relaciones de afiliación y colaboración con las personas que atendemos, que permita honrar su diversidad y sus competencias únicas y, en ocasiones, sus voces privadas de los derechos como ciudadanas (Avis, 1988; Hare-Mustin, 1994; McGoldrick, 1998). El contexto tiene una importancia fundamental en nuestro enfoque clínico, y por eso estamos convencidas de que nunca hay que olvidar que tomamos parte en la construcción de la realidad clínica. Así, consideramos que la comprensión de nosotras mismas, nuestra autenticidad y nuestra transparencia son elementos críticos en el proceso terapéutico (Johnson, 1996).

Aunque el marco teórico que acabamos de describir aporta información sobre cómo desarrollamos el trabajo con nuestros clientes, independientemente de cuál sea su orientación sexual, existen otras cuestiones fundamentales que son específicas de la labor que realizamos con parejas del mismo sexo. Las preguntas que siguen nos sirven de guía para la autoexploración como terapeutas:

- ¿Está nuestra realidad presente cuando nos sentamos junto a parejas del mismo sexo durante una sesión?

- ¿Estamos abiertas a nuestra propia experiencia?
- ¿Somos conscientes de nuestro heterosexismo y homofobia?
- Desde una perspectiva sistémica, ¿de qué forma contribuimos al problema o formamos parte del contexto en que éste se incluye? (Haley, 1987; Minuchin, 1974).
- ¿Valoramos adecuadamente las parejas del mismo sexo y creemos que son capaces de conseguir logros en la terapia y que merecen ser felices? (Brown y Zimmer, 1986; Long y Lindsey, 2004).
- O bien, ¿estamos *sobrevalorando* las parejas del mismo sexo? Con el deseo de compensar el mito homofóbico acerca de que las relaciones sexuales entre las personas del mismo sexo no duran y no son significativas, ¿estamos poniendo el acento en la *longevidad* más que en la *calidad* de las relaciones? Porque si fuera así, podría ocurrir que nuestros clientes minimizaran sus problemas para no alterar la imagen que nosotras pudiéramos tener de ellos.
- Los hombres gays utilizan un vocabulario explícito para describir el sexo. ¿Nos sentimos cómodas para comunicarnos con ellos en su misma línea y para hacerlo también con las parejas lesbianas? (Shernoff, 1999).
- ¿Conocemos lo suficiente las prácticas sexuales de las parejas gays y lesbianas? De no ser así, ¿cómo podríamos entender adecuadamente las dificultades que describen nuestros clientes?

Además de preguntarnos a nosotras mismas, también hacemos preguntas específicas e informadas a nuestros clientes, con el fin de evaluar las singulares características y preocupaciones de cada uno. No obstante, tenemos mucho cuidado en no centrarnos tanto en aspectos de la orientación sexual que vaya en detrimento de atender otras cuestiones, como por ejemplo el consumo de drogas (Bernstein, 2000; Brown y Zimmer, 1986). Explorar con gays y lesbianas las áreas que indicamos a continuación nos ayuda a comprender mejor los problemas que nos exponen y la influencia que éstos puedan tener en la relación de la pareja (Peterson y Stewart, 1985):

- Grado de autoaceptación con respecto a la orientación sexual.
- Salir del armario.
- Historia y posibles reacciones negativas.
- Cuestiones de salud, que incluyen VIH y problemas urológicos o genitales.
- Grado de apoyo recibido de la familia y la comunidad.
- Apertura en el entorno laboral.
- Grado en que cada uno de ellos ha hecho pública su orientación sexual.
- Compromiso de monogamia frente a no monogamia.
- Aversión a actos sexuales específicos.
- Impacto de relaciones heterosexuales o matrimonios del pasado.
- Reacción de los hijos de relaciones anteriores, de los adoptados o de los nacidos en la relación actual.

- Posible influencia de la herencia cultural o racial de la pareja en su orientación sexual. Por ejemplo, en algunas culturas las relaciones entre personas del mismo sexo se entienden como un rechazo de los valores culturales o como una forma de desviación social que avergüenza a la familia (Choi, Salazar, Lew y Coates, 1995).
- Consumo potencial de alcohol u otras drogas como recurso para hacer frente al propio rechazo o al de otras personas.

Crear relaciones clínicas de afiliación

Durante las sesiones nos movemos entre el centro y la periferia de las relaciones de nuestros clientes, en función de los orígenes étnicos y raciales de la pareja, de su edad y de la naturaleza del problema que exponen. Como trabajamos en colaboración, siempre tenemos un papel en el proceso, pero también reconocemos el papel que desempeña el sistema del cliente y otros sistemas más amplios, y a menudo recabamos información sobre qué les está resultando de ayuda y qué no en la terapia. A medida que los clientes se familiarizan con nuestro compromiso con ellos y con el proceso, comparten más la experiencia con nosotras; pensamos que esto sucede porque sienten que sus ideas y sus opiniones se respetan. Sin ese respeto, es muy difícil crear confianza y forjar una alianza de trabajo.

También estamos dispuestas a abrir un espacio de discusión con las parejas del mismo sexo acerca de nuestra propia orientación sexual. Mientras que algunos gays y lesbianas prefieren trabajar con terapeutas heterosexuales (Bernstein, 2000), otros afirman que ha habido momentos y circunstancias en que han elegido trabajar con un terapeuta que formase parte de una minoría sexual (Bernstein; Long, 1996). La cuestión de la orientación sexual habitualmente surge al principio de la terapia, cuando nuestros clientes gays y lesbianas están tanteando si se encuentran en territorio seguro (Bernstein).

ALENTAR LA MULTIPLICIDAD DE PERSPECTIVAS

El reto que nos planteamos como terapeutas es crear un contexto donde puedan surgir nuevos significados. A menudo buscamos otras formas de enfocar y resolver los problemas, y por eso legitimamos múltiples puntos de vista, alentamos el pensamiento crítico y dejamos margen para experimentar con otras opciones. Somos conscientes de que no toda teoría e intervención funcionará para cualquier cliente y de que son muchos los caminos que llevan al cambio (Hubble, Duncan y Miller, 2000). Además, no asumimos que conocemos específicamente la vida de los clientes (Freedman y Combs, 1996). Animar a cada cliente a explicar su historia ayuda a que se sientan escuchados y respetados, y deja margen para que emerjan sus recursos y sus conocimientos (Anderson, 1997).

Este estilo de terapia promueve abandonar la idea de certidumbre absoluta, y apela a la flexibilidad y a la espontaneidad. Al estar abiertas a múltiples perspectivas, podemos acoger y tolerar los sentimientos de las parejas del mismo sexo sobre la homofobia y el heterosexismo, sin responder a la defensiva ni de una manera patologizante (Bernstein, 2000). Para equilibrar nuestra propia percepción, nos autosupervisamos y también recurrimos a la supervisión de nuestros colegas para asegurarnos de que nuestra visión subjetiva no obstaculiza el camino (Brown y Zimmer, 1986).

CENTRARSE EN LOS PUNTOS FUERTES, EN LA RESISTENCIA Y EN LA CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN

Inspirándonos en gran medida en los enfoques centrados en la solución, preguntamos e identificamos los puntos fuertes y las excepciones del problema. Las excepciones se pueden utilizar para alentar a los clientes a que practiquen más lo que antes ya les ha funcionado bien, y para destacar su capacidad de hacer frente a las dificultades (De Shazer, 1991). Poner el acento en las excepciones también recuerda que el problema era algo secundario cuando se alcanzaron los logros. Utilizar un enfoque centrado en la solución (De Shazer, 1988, 1991) es útil para consolidar el cambio, porque se identifica exactamente lo que ha habido de diferente para producirlo y cuáles son las cosas con las que quieren continuar.

Estas herramientas son extremadamente útiles para trabajar con clientes que forman parte de minorías sexuales, especialmente con aquellos que al mantener relaciones interraciales e interculturales se enfrentan a múltiples capas multiculturales (Pearlman, 1996). A menudo patologizados por la sociedad y juzgados por algunos, incluso por profesionales de la salud mental, como necesitados de «cura» (Rosik, 2003; Yarhouse, 1998), estas parejas del mismo sexo no pocas veces demuestran que poseen fortalezas destacadas —flexibilidad y adaptabilidad a múltiples roles y compromisos, mayor capacidad de comunicación y más empatía—. Sin embargo, debemos ser conscientes de los muchos desafíos a los que se enfrentan: prejuicios interraciales, antagonismos entre las familias de origen, ajustes a los nuevos hábitos culturales y contacto limitado con la comunidad gay y lesbiana.

CUESTIONES DE PODER

Es necesario reconocer el poder que tenemos como terapeutas si queremos minimizar el riesgo de utilizarlo mal con los clientes. Si lo subvaloramos, solo conseguiremos aumentar la probabilidad de que se produzcan abusos y violaciones de los límites. Nuestra obligación es atender a las necesidades de nuestros clientes y facilitar cambios positivos en su vida.

También hay que prestar atención a las cuestiones de poder fuera de la consulta. Intentamos hacer más conscientes a nuestros clientes de las historias dominantes creadas por personas y grupos poderosos de la sociedad, y examinar juntos de qué forma esos mitos —como los que refuerzan la homofobia y el heterosexismo— nutren los problemas que nos exponen los clientes (Freedman y Combs, 1996).

El ejemplo del caso que exponemos a continuación permite hacerse una idea del estilo de trabajo de colaboración y afiliación que llevamos a cabo. En el caso de Tyra y Meg, a mí (Janie) me pareció importante prestar atención a la complejidad de las diferencias raciales y culturales entre ellas, y cuestionar las historias culturales dominantes que estaban afectando negativamente a su capacidad para construir una relación mutuamente satisfactoria.

Tyra y Meg querían una terapeuta mujer que pudiera ayudarlas a hacer frente a lo que describieron como un problema de roles, que incluía quién debía dar el primer paso en el terreno sexual. Tyra tenía 28 años, era hispanoamericana y católica, y trabaja de soldadora; Meg, que estudiaba para doctorarse en trabajo social, era angloestadounidense y agnóstica. Se habían conocido en una reunión social de lesbianas, y después de salir durante seis meses, hacía dos que vivían juntas.

Durante la primera parte de la sesión inicial, Meg era la que hablaba por las dos. Para asegurarme de que ambas tenían la oportunidad de hacer oír su voz, intenté incorporar también a Tyra en la discusión. Según la descripción de Meg, el problema giraba en torno a la necesidad de Tyra de controlar la relación. Muchas veces se sentía, dijo ella, como si mantuviera una relación con un hombre que le decía lo que tenía que pensar, cuál debía ser su aspecto y cómo llevar su vida. Declaraba muy asertivamente su bisexualidad y decía que si hubiera querido un hombre, ya hubiera sabido dónde ir a buscarlo. En ese punto, Tyra abrió brecha en la conversación y afirmó que había acabado con esa relación, porque, por mucho que se esforzase, no era un «hombre lo bastante bueno» para Meg.

Pensé que una perspectiva diferente podía ser útil, e interrumpí a la pareja en ese punto para pedirles que imaginasen que al día siguiente ocurría un milagro que podía cambiar su relación y que pensasen cómo les gustaría que fuese entonces (De Shazer, 1978). Las dos parecían impresionadas por la pregunta y se quedaron calladas. Finalmente, Meg dijo que las cosas serían igual que cuando empezaron a salir, y Tyra enseguida se mostró de acuerdo. Les pedí que me dieran más detalles, y ambas describieron una relación de noviazgo muy igualitaria, en la que ambas contribuían en igual medida a la toma de decisiones, a las cuestiones económicas y a los acercamientos sexuales.

Meg explicó que desde que habían empezado a vivir juntas, Tyra se había vuelto más dominante en todos los aspectos de su vida, incluyendo en el dormitorio. Tyra coincidió con ella, pero explicó que dado que Meg estaba estudiando, ella se sentía muy

presionada en su papel de «ganar el pan». Y, como dudaba de si Meg preferiría estar con un hombre, pensaba que debía tomar la iniciativa en el sexo lo bastante a menudo como para «mantenerla satisfecha».

Para cuestionar la historia dominante, le pregunté a Tyra si le gustaba ese papel de la que inicia la relación sexual/trae el pan a casa. Y contestó: «¡No!» Reflexioné en voz alta si no estarían cayendo en la pauta estereotipada del rol masculinizado/feminizado a causa de cierta confusión sobre el tipo de relación que cada una de ellas deseaba. Ambas rechazaron esta hipótesis y dijeron que era anticuada. Les encomendé que se esforzaran todo lo posible para encontrar una forma de quedarse con lo bueno que había entre ellas, incluyendo el sexo, y les dije que una vez que hubieran vuelto a compensar la balanza en su relación, lo más probable era que su vida sexual también se equilibrase.

Con el fin de crear una situación en la que Tyra y Meg pudieran comportarse de manera diferente, les recomendé algo que ya anticipaba que les parecería estrafalario o cómico (De Shazer, 1985). Les pregunté: ¿Tenéis uno de esos falos con arnés? Las dos mujeres, sofocadas, respondieron al unísono casi gritando: «¡Por todos los demonios, no!»». Les sugerí que compraran uno y lo incorporaran a sus juegos sexuales. Esperaba que, por lo menos, introducir ese elemento provocaría que su lucha de roles en la relación fuera más abierta.

La semana siguiente llegaron a la sesión de muy mal humor. Tyra había comprado el falo con arnés e intentado utilizarlo con Meg, pero las cosas no habían salido bien. Meg dijo que se sentía aún más acosada por Tyra y no quería saber nada de «esa *cosa*» ni, a consecuencia de ella, tampoco del sexo. Exploramos juntas de manera interactiva las diferencias de poder en su relación, con la esperanza de que se vislumbrase alguna solución.

A partir de mis preguntas, salieron a la luz contrastes interesantes. Mientras que Meg había salido del armario en la universidad y en su entorno familiar, Tyra no lo había hecho. Meg provenía de una familia de clase media-alta bastante liberal, y había recibido más formación, y Tyra creció en una familia de la clase trabajadora cuyas creencias culturales y religiosas eran especialmente homofóbicas y sexistas. Aunque entonces Meg aportaba menos dinero, su potencial para ganarlo en el futuro, debido a su educación, como señaló Tyra, era mucho mayor. Ésta destacó también que Meg era físicamente más atractiva que ella, sobre todo para los hombres y que, además, tenía más amigos y más oportunidades de contacto social.

Planteé que quizá todas esas diferencias tuviesen algo que ver con lo presionada que se sentía Tyra para ser la que ganaba el pan y la que daba el primer paso en el sexo. Al final de la sesión le pregunté a Meg si alguna vez había disfrutado siendo ella la que iniciase el contacto sexual con Tyra, y respondió afirmativamente. Le pregunté después si en alguna ocasión había fantaseado con utilizar ella con Tyra el falo con arnés; se ruborizó, y después de una risita nerviosa admitió que sí. A lo que yo respondí: «Mmm...

¡carpe diem!»). Con el deseo de resaltar las excepciones al problema (De Shazer, 1985), les pedí a ambas que durante la semana siguiente se fijasen en aquellos momentos en que se sentían felices y satisfechas en su relación.

Llegaron a la tercera sesión cogidas de la mano. Explicaron que Meg se había puesto el arnés con el falo y había iniciado el contacto sexual con Tyra, y que habían jugado con él varias veces durante la semana. Se habían dado cuenta de que eran mucho más felices y se sentían mucho más satisfechas cuando funcionaban como un equipo, en lugar de una como cuidadora de la otra. Trabajamos durante unas pocas sesiones más sobre cómo alcanzar y mantener un equilibrio en su relación, y ya no hablaron de más dificultades sexuales.

Abandonar los supuestos

Como señaló Hartman (1999), Estados Unidos está experimentando una revolución social en la aceptación de actitudes y políticas a favor de gays y lesbianas; no obstante, la igualdad, la protección y la tolerancia generalizadas siguen siendo esquivas. El sesgo heterosexista todavía impregna nuestra cultura, nuestros sistemas de creencias y, por tanto, nuestros enfoques terapéuticos (Long y Serovich, 2003). La homofobia y el heterosexismo también están detrás de la invisibilidad cultural de las relaciones gays y lesbianas, e impide que las familias y parejas del mismo sexo participen de la gran mayoría de los rituales tradicionales de la vida, como por ejemplo el matrimonio y la adopción (Brown y Zimmer, 1986; Long, 1996). Nosotras prestamos mucha atención a estos sesgos culturales y nos esforzamos por ser conscientes en todo momento de hasta qué punto pueden estar influenciando la percepción de nuestros clientes, y también la nuestra.

Un buen ejemplo de esto es la manera de entender los límites en las relaciones entre personas del mismo sexo. Mencher y Slater (1991) sugirieron que lo que se describe como *personalidades fusionadas* en una relación lesbiana, y que a menudo se etiqueta como algo patológico, puede que no sea más que la forma que tiene la pareja de defenderse contra un entorno hostil. Los hombres gays también tienen que luchar con cuestiones de límites. Tal como se ha socializado a los hombres para enfocarlos en lo sexual, no es sorprendente que cuando uno conoce a otro el sexo sea lo primero en su lista de prioridades. Sin embargo, una vez que la novedad deja de ser tal, puede que los hombres gays se encuentren con que no tienen ni idea de cómo mantener la relación o de cuáles son los límites adecuados (Brown y Zimmer, 1986). Nosotras hacemos todo lo que podemos para deconstruir los mitos acerca de qué es la masculinidad y cuál es la conducta apropiada para un hombre. Aunque yo (Janie) me he esforzado mucho para evitar los estereotipos heterosexistas, cuando exploraba las creencias de Charles y Mel sobre la exclusividad sexual y el compromiso, ellos no estaban tan convencidos, por lo menos al principio, de que lo hubiera conseguido.

Los dos hombres, ambos de treinta y tantos años, ejercían una profesión liberal: Charles era arquitecto y Mel, pediatra. Estaban comprometidos en su relación desde hacía cinco años, y antes de eso, Mel había estado con otra persona durante ocho años, con la que dijo que mantenía una relación de compromiso emocional, pero no sexualmente exclusiva —un acuerdo al que llegaron ambos miembros de la pareja—. Charles describió varias relaciones anteriores de corta duración, en las que él se había comprometido tanto emocional como sexualmente, aunque su pareja no había sido monógama. Mel y Charles habían acordado un compromiso sexual exclusivo, y, antes de que apareciese el problema de este último, el sexo había sido una fuente de placer para los dos.

Empecé realizando un breve historial sexual, orientado a la solución (De Shazer, 1985), que incluía preguntas acerca de la duración del problema, de la frecuencia de los contactos, de las prácticas sexuales y de cuestiones de salud, entre otras. Una de las preguntas hacía referencia a momentos de crisis recientes, y la respuesta que generó pareció que tenía que ver con el quid de la cuestión. El año anterior, se había incorporado a la empresa de Charles un nuevo arquitecto, Lynn, y éste había empezado a relacionarse socialmente con Charles y Mel.

La pareja no solo apreciaba mucho a Lynn, sino que ambos se sentían sexualmente atraídos hacia él, y se habían dado cuenta de que la atracción era recíproca. Durante nuestra conversación, explicaron que a lo largo de más o menos seis meses habían estado bromeando acerca de invitar a Lynn a unírseles en la cama. Yo tenía presente que las dificultades para conseguir o mantener una erección habían empezado unos cinco meses atrás, y como me sentía lo bastante cómoda como para arriesgarme a seguir una posible intuición, me pregunté en voz alta si existía alguna relación entre las bromas y las dificultades. Tanto Mel como Charles se quedaron atónitos y rechazaron de plano esa posibilidad, insistiendo en que tales bromas mutuas no eran más que eso, y en lo cómodos que ambos se sentían con Lynn, tanto, dijeron, que habían quedado para cenar con él esa misma noche.

Abandoné mi supuesto inicial y me abrí a su visión de las cosas. Me mostré de acuerdo con ellos en que probablemente me había precipitado al sugerirles esa posibilidad, y elogí su capacidad para conservar la amistad con Lynn sin por eso sentirse amenazados a causa de la atracción mutua que existía entre ellos. Casi al final de la sesión, sugerí un pequeño cambio que pensaba sería útil para quitarle presión a Charles en cuanto a su funcionamiento sexual. Recomendé que intentasen abstenerse de relaciones sexuales durante la semana siguiente, y ellos accedieron.

Al principio de la siguiente sesión, Charles y Mel me hicieron una viva descripción de lo que habían comentado al salir de la consulta la semana anterior acerca de lo que se desprendía de la sesión. Se sentían frustrados por lo que ellos veían como mi «homofobia interiorizada» y mi enfoque «poco científico» del problema, y habían estado comentando acaloradamente mi incompreensión y lo erróneo de mis supuestos. Quizá,

pensé, fue la homofobia lo que hizo que yo encontrase una conexión entre las dificultades con la erección de Charles y la relación de ambos con Lynn. ¿Estaba convencida de que ellos, como hombres gais, no eran capaces de mantener una relación comprometida? ¿Intentaba sin darme cuenta separarles? Habían decidido que al día siguiente me llamarían para anular las siguientes sesiones y que buscarían un terapeuta más afín a los gais. Y entonces fueron a la cita con Lynn tal como tenían previsto.

A medida que transcurría la cena, ambos se fueron sintiendo cada vez más incómodos con su amigo. Cuando volvieron a casa tuvieron una fuerte discusión; Charles insistía en que Mel le «tiraba los tejos» a Lynn, y Mel insistía en que la culpa la tenía yo por haber planteado aquella ridícula teoría. La discusión fue larga, y finalmente optaron por irse a dormir y dejar el tema para el día siguiente. También decidieron no anular la cita para la terapia hasta que hubieran tenido más tiempo para discutir la cuestión.

Los dos pensaron mucho sobre la situación a lo largo del día siguiente, y cuando finalmente volvieron a hablar del asunto pudieron hacerlo de una manera menos defensiva. La discusión les llevó a la conclusión de que probablemente yo había dado más en el clavo de lo que ellos habían creído a partir del crédito que me habían dado al principio, ya que se dieron cuenta de que ambos se sentían amenazados por su atracción hacia Lynn y por lo que ésta pudiera representar para el compromiso que habían asumido el uno con el otro.

Parecían contentos cuando explicaron que habían fallado del todo en la tarea que les asigné. Los dos reafirmaron su compromiso con la relación, y ambos estuvieron de acuerdo en seguir trabajando conmigo y en acabar con las bromas mutuas acerca de hacer un trío. Después de unas pocas sesiones más, se encontraban menos enfadados el uno con el otro, y Charles explicó que ya no tenía dificultades con la erección. Finalizamos la terapia después de ocho sesiones.

Los retos que plantea salir del armario

Cuando las personas gais, lesbianas o bisexuales se descubren ante sí mismas o ante otros, inician el proceso de integrar su orientación sexual y su identidad. George y Behrendt (1987) dividieron el proceso de salir del armario en tres fases: 1) el reconocimiento de sí mismo como gay, lesbiana o bisexual; 2) la identificación con otras minorías sexuales y la creación de un sistema de apoyo social con ellas; y 3) el reconocimiento de la propia orientación sexual ante personas importantes en su vida.

Salir del armario es un proceso multidimensional y continuado (Browning, 1987), que cuestiona y redefine la relación con la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, la pareja actual o potencial, y el contexto cultural de la persona (Bepko y Johnson, 2000). Browning detalló los elementos fundamentales cognitivos, emocionales y comportamentales que a menudo están presentes a lo largo de ese proceso. En el plano cognitivo, es un momento de cambio de identidad y de lucha por la coherencia; en el

emocional, aparecen sentimientos tales como la excitación, la culpabilidad, la vergüenza, el miedo y el placer, cuando se empieza a ser consciente de la atracción por personas del mismo sexo; y en el comportamental, las mujeres lesbianas tienden a actuar según sus sentimientos solo después de que alcanzan una comprensión intelectual de su atracción por otras mujeres.

En la terapia nos encontramos con que las dificultades en las parejas del mismo sexo aparecen cuando cada una de las dos personas se encuentra en un estadio diferente del proceso de descubrirse (Brown y Zimmer, 1986). Para resolver estos conflictos puede ser útil considerarlos desde una perspectiva evolutiva (Bernstein, 2000), pero también es importante que los terapeutas no impongan una evolución normativa a los clientes, al prescribir o esperar que se realicen los progresos de una manera determinada y predecible.

Un punto fuerte de muchas parejas del mismo sexo es su capacidad para crear una red social de apoyo formada por amistades lesbianas, gais o bisexuales, sin invalidar a las amistades y los colegas, ni a amantes o parejas anteriores, que son heterosexuales. Esta elección puede ser una importante ventaja que se debe tener en cuenta en la terapia (Bepko y Johnson, 2000; Long, 2003). Además, muchas parejas gais y lesbianas se enfrentan a una falta de aceptación y reconocimiento por parte de sus familias de origen, que puede tener que ver con los problemas con que llegan a la terapia. Aquellas parejas que no coinciden en la fase de descubrimiento en que se hallan ante sus respectivas familias de origen tienen que hacer frente a conflictos que surgen durante las reuniones familiares (Bepko y Johnson).

En el siguiente estudio de un caso, el terapeuta tuvo que ser muy cuidadoso en respetar el ritmo de las decisiones que tenían que ver con salir del armario, con las preocupaciones relativas a familia de origen frente a familia de elección, con los comportamientos sexuales que eran tan definitorios como causantes de confusión acerca de la identidad sexual, y con cuestiones asociadas al alcance del apoyo social. En este caso, la postura afiliativa y no patologizante del terapeuta fue fundamental para permitir que cada miembro de la pareja tomase sus propias decisiones acerca de descubrirse, de definir su relación y de ir en pos de intimidad de una forma que fuese mutuamente satisfactoria.

Mindy llamó a la clínica de terapia familiar en la que yo (Janie) ejerzo de supervisora en busca de ayuda para su amiga, Joann, a causa de que ella tenía mucha ansiedad y estaba luchando para recuperarse de su reciente divorcio. Mindy acordó una cita para su amiga y dijo que ella la acompañaría para darle su apoyo. El caso se asignó a Jack, uno de los terapeutas que yo superviso.

Durante la primera sesión, las dos mujeres explicaron a Jack que se habían conocido hacía unos tres meses en la iglesia donde Joann trabajaba como directora del coro y Mindy colaboraba como consejera de un grupo de jóvenes. En aquel momento, Joann tenía 44 años de edad, y su matrimonio, que había durado 24 años, acababa de

romperse. En cuanto a Mindy, que tenía 28 años, hacía tan solo una semana que se había terminado su matrimonio de 3 años. La experiencia del divorcio de ambas favoreció que pronto se hicieran amigas.

Joann tenía dos hijos adultos, una chica de 22 años y un chico de 20, y ambos estaban independizados. Mindy tenía un niño de un año, Winston, que vivía con ella. No contaba con ayuda para el niño y había estado varios meses en paro antes de encontrar un trabajo como vendedora en una tienda de informática, por lo que pasaba apuros económicos. El único ingreso de Joann era la mínima cantidad que le pagaba la iglesia, aunque después del divorcio ella se había quedado con la casa, parte de los ahorros comunes y algunas acciones. Decía que tenía bastante dinero para ir tirando, pero no el suficiente para un caso de emergencia.

Tres meses atrás, Joann había invitado a Mindy a trasladarse a vivir a su casa y compartir los gastos. Eso ayudó a la economía de las dos, y ambas pensaban que habían encontrado la compañera del alma. Mindy nunca se había sentido tan feliz y Joann estaba menos deprimida de lo que había estado durante mucho tiempo, aunque hacía dos meses que se sentía mucho más ansiosa.

Cuando Jack les preguntó qué las había llevado a la terapia, Joann exclamó: «¡Mis hijos me acusan de ser lesbiana! ¡Por supuesto que se equivocan!». Mindy, que parecía herida, permaneció en silencio, pero se le llenaron los ojos de lágrimas. Jack le preguntó a Joann si las sospechas de sus hijos tenían algo que ver con su ansiedad y ella respondió: «Sin duda, han llevado las cosas al límite», aunque Joann había empezado a acumular ansiedad a partir de que Mindy y su hijo se trasladaran a vivir con ella.

Jack sentía curiosidad por saber cómo había respondido Mindy a las especulaciones de los hijos de Joann. Dijo que nunca había pensando que fuese lesbiana, aunque le había cogido mucho cariño a Joann en los últimos meses. Añadió que le parecía «más bien guay» que sus hijos estuvieran abiertos a esa idea. Jack finalizó la sesión elogiando a las amigas por el apoyo que se prestaban una a la otra en tiempos difíciles y por ser capaces de hablar abiertamente de las cosas que las habían llevado a la consulta. También admitió que no veía claros los objetivos de la terapia y les sugirió que reflexionaran sobre lo que esperaban conseguir de ella.

A Jack le pareció que la siguiente sesión empezaba con mucha tensión. Les preguntó si habían hablado sobre cuáles podían ser las metas de la terapia y Joann respondió que sí lo habían hecho, pero que no habían llegado a un consenso. Las dos querían aliviar la ansiedad de Joann, pero Mindy quería además trabajar para definir la naturaleza de la relación de ambas. Jack les pidió que le ayudaran a comprender mejor cómo se había desarrollado su relación, y señaló que sería normal que sus versiones no coincidiesen.

Mindy dijo que aunque Joann seguía refiriéndose a ella «solo como una amiga», continuamente la tocaba y flirteaba con ella. Compartían la misma cama para que el hijo de Mindy tuviera su propia habitación, y a las dos les gustaba acurrucarse juntas. Joann a menudo mamaba del pecho de Mindy, lo que había tenido como resultado que desde

hacía poco empezara a dar leche. A Mindy le excitaba que Joann le chupara el pecho, pero también le parecía que tales contactos eran un poco «retorcidos». Le preguntó a Jack si pensaba que ese tipo de conducta era normal o «solo un poco rara».

Jack les dijo que por lo que él sabía algunas lesbianas realizaban esa clase de actividad sexual, y en ese punto Joann aclaró que consideraba que lo que hacían tenía que ver con la nutrición y no con algo sexual. Dijo que una relación sexual «completa» sería imposible para ellas, porque pondría en peligro la posición de ambas en la iglesia, si la gente de allí pensara que eran lesbianas. A Jack le pareció que la «lactancia» de Joann eran la manera que tenía la pareja de explorar el sexo y disfrutarlo, sin correr riesgos y sin definirlo como tal. Pero el precio de la seguridad era la confusión.

Elogió a las mujeres por la fortaleza de su amistad y por cómo se las habían arreglado para desarrollar un vínculo tan estrecho a pesar de las preocupaciones que las habían llevado a la terapia, y sugirió que quizá Mindy podría poner una cuna u otra cama en la habitación de Winston y dormir allí hasta que ella y Joann tuvieran más claro cómo querían que fuera su relación. Aceptaron considerar la sugerencia, aunque de mala gana.

Al principio de la siguiente sesión, Joann y Mindy dijeron que habían hablado mucho sobre la posibilidad de dejar de dormir juntas, pero que habían decidido que en ese momento no estaban dispuestas a abandonar esa ocasión de intimidad. Esa decisión las había llevado a preguntarse seriamente si en realidad no estarían manteniendo una relación romántica/sexual. Las dos se sentían culpables cuando iban a la iglesia y tenían miedo de que las descubrieran. Ambas lloraban mientras hablaban de la posibilidad de que Joann perdiera el trabajo y quizá fuera expulsada de su comunidad religiosa. Si no hubiera sido por esa amenaza, las dos habrían querido desarrollar una relación romántica.

Cuando Jack les preguntó cuál era el punto de vista de la congregación local en particular y de su religión en general acerca de las relaciones entre personas del mismo sexo, Mindy dijo que en ambos casos las desaprobaban, aunque sabía que había «congregaciones que estaban a favor» en ciudades más grandes. Aunque las dos estaban en desacuerdo con la postura de la iglesia, ambas sentían que estaban impidiendo/negando su expresión sexual a causa de ella. Habían sido educadas en la fe en esa iglesia, y la seguían considerando un apoyo importante. Mindy añadió que quería ofrecer a su hijo la misma experiencia que había tenido ella. Jack se dio cuenta de que la historia dominante en su comunidad religiosa acerca de las relaciones entre personas del mismo sexo parecía que se filtraba en la interacción de las dos y ocasionaba que cuestionaran sus creencias.

En respuesta a una de las peticiones que había formulado Jack en la sesión anterior, las dos mujeres habían hecho una lista de sus puntos fuertes. Él estaba convencido de que podían utilizarla como ayuda para cubrir sus necesidades (De Shazer, 1985). Jack sugirió que en esa fortaleza y resistencia se encontraban las claves para aliviar la ansiedad

de Joann y aclarar la relación entre las dos. Les pidió después que dedicaran algún tiempo a preparar un plan antes de la siguiente sesión, que les permitiera enfocar de manera diferente las dos cuestiones que les preocupaban.

Volvieron con un plan que ya habían empezado a poner en marcha. Habían decidido que posponer la relación física, con excepción de los abrazos amistosos, reduciría en gran medida su ansiedad y sus temores, por lo que habían comprado otra cama para la habitación de Winston y Mindy se había trasladado allí. Por el momento su plan era seguir desarrollando su amistad y trasladarse a vivir a otra ciudad más grande. Una vez que estuvieran instaladas allí y hubieran encontrado trabajo, volverían a explorar su relación romántico/sexual y buscarían una nueva comunidad religiosa.

Cuando les explicaron su plan a los hijos de Joann, ellos les dieron su apoyo con entusiasmo. Joann y Mindy agradecieron a Jack que les hubiera señalado los puntos fuertes de su relación y no hubiera intentando forzarlas a elegir. Les gustaba que las hubiera dejado decidir por sí mismas, les habían impresionado sus conocimientos sobre el sexo entre mujeres, y apreciaban que «ni siquiera pestañeó» cuando le hablaron de sus contactos físicos. En lugar de patologizar sus comportamientos, en realidad los normalizó. A partir de ahí, ellas habían comprado un manual de sexo para lesbianas y disfrutaban mucho leyéndolo.

A Joann y Mindy les costó cinco meses encontrar trabajo en la ciudad cercana más grande a la que se trasladaron. Durante este tiempo asistieron quincenalmente a las sesiones con Jack y trabajaron con él diversas cuestiones, tales como equilibrar el poder en su relación, compartir la crianza del niño y hacer frente a la estigmatización. Un año después de su traslado enviaron a Jack una nota, dándole de nuevo las gracias por su apoyo durante su época de transición e informándole de que habían encontrado un bonito apartamento en un barrio «afín a gente gay» e iban a una iglesia que no las desaprobaba. Estaban haciendo amistades con parejas gays y disfrutaban mucho de tener la libertad de practicar algo más que «acurrucarse en la cama», libres ya de la culpabilidad y el miedo.

Conclusión

Ritter y Terndrup (2002) han destacado recientemente el silencio casi completo que existe en la literatura acerca de la expresión sexual de las parejas del mismo sexo. La terapia sexual tradicional ha demostrado que no es menos heterosexista/homofóbica que el resto de la sociedad. Nosotras estamos convencidas de que la terapia sexual breve, que pone el acento en despatologizar, puede ayudar a llenar ese vacío en la literatura, y proporcionar sugerencias y mensajes positivos a las parejas del mismo sexo. Las parejas gays y lesbianas comparten algunos de los problemas sexuales de las parejas heterosexuales, al igual que sucede con otros aspectos, pero como hemos intentado

destacar también se enfrentan a muchos retos que son únicos. Esperamos que este capítulo haya resultado útil para identificar tales desafíos y haya proporcionado indicaciones sobre cómo responder a ellos.

¿Cómo «lo hacen» los terapeutas del mismo sexo? Aprenden acerca de la amplitud de significados de la expresión sexual entre personas gais, lesbianas o bisexuales; cuestionan su propia homofobia y heterosexismo, examinando de qué forma tales sesgos pueden infiltrarse en las decisiones que toman y en las posibilidades que reconocen; revisan sus creencias y opiniones acerca de la monogamia, los límites y los roles en función del género; y, finalmente, trabajan respetuosa y eficientemente, haciendo uso de las teorías y las técnicas de la terapia breve para basar y guiar su trabajo.

Bibliografía

- Anderson, H., *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*, Nueva York, Basic, 1997.
- Avis, J. M., «Deepening awareness: A private guide to feminism and family therapy», en L. Braverman (comp.), *Women, feminism and family therapy*, Nueva York, Haworth, 1988, págs. 15-32.
- Bepko, C. y T. Johnson, «Gay and lesbian couples in therapy: Perspectives for the contemporary family therapist», *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 20, n° 4, 2000, págs. 409-419.
- Bernstein, A. C., «Straight therapists working with lesbians and gays in family therapy», *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 26, n° 4, 2000, págs. 443-454.
- Brown, L. S. y D. Zimmer, «An introduction to therapy issues of lesbian and gay male couples», en N. S. Jacobson y A. S. Gurman (comps.), *Clinical handbook of marital therapy*, Nueva York, Guilford Press, 1986, págs. 451-468.
- Browning, C., «Therapeutic issues and intervention strategies with young adult lesbian clients: A developmental approach», *Journal of Homosexuality*, vol. 14, 1987, págs. 45-52.
- Canarelli, J., G. Cole y C. Rizzuto, «Attention vs. acceptance: Some dynamic issues in gay male development», *Gender and Psychoanalysis*, n° 4, 1999, págs. 47-70.
- Choi, K. H., N. Salazar, S. Lew y T. J. Coates, «AIDS risk, dual identity, and community response among gay Asian and Pacific Islander men in San Francisco», en G. M. Herek y B. Greene (comps.), *AIDS, identity, and community: The HIV epidemic and lesbians and gay men*, Thousand Oaks, California, Sage, 1995, págs. 115-134.
- DeCecco, J., «Definition and meaning of sexual orientation», *Journal of Homosexuality*, n° 6, 1981, págs. 51-67.
- De Shazer, S., «Brief hypnotherapy of two sexual dysfunctions: The crystal ball technique», *American Journal of Clinical Hypnosis*, n° 20, 1978, págs. 203-208.
- , *Keys to solution in brief therapy*, Nueva York, Norton, 1985 (trad. cast.: *Claves para la solución en terapia breve*, Barcelona, Paidós, 2008).
- , *Clues: Investigating solutions in brief therapy*, Nueva York, Norton, 1988 (trad. cast.: *Claves de terapia familiar breve: una teoría de la solución*, Barcelona, Gedisa, 1992).
- , *Putting difference to work*, Nueva York, Norton, 1991.
- Freedman, J. y G. Combs, *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*, Nueva York, Norton, 1996.
- George, K. D. y A. E. Behrendt, «Therapy for male couples experiencing relationship problems and sexual problems», *Journal of Homosexuality*, n° 14, 1987, págs. 77-85.
- Gergen, K. J., «The social constructionist movement in modern psychology», *American Psychologist*, n° 40, 1985, págs. 266-275.
- Haley, J., *Problem-solving therapy*, 3ª ed., San Francisco, Jossey-Bass, 1987 (trad. cast.: *Terapia para resolver problemas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1980).

- Hall, M., «Sex therapy with lesbian couples: A four stage approach», *Journal of Homosexuality*, nº 14, 1987, págs. 137-156.
- Hare-Mustin, R. T., «Discourses in the mirrored room: A postmodern analysis of therapy», *Family Process*, vol. 33, nº 1, 1994, págs. 19-35.
- Hartman, A., «The long road to equality», en J. Laird (comp.), *Lesbians and lesbian families: Reflections on theory and practice*, Nueva York, Columbia University Press, 1999, págs. 91-120.
- Hoffman, L., «Constructing realities: An art of lenses», *Family Process*, vol. 29, nº 1, 1990, págs. 1-12.
- Hubble, M. A., B. L. Duncan y S. D. Miller, *The heart and soul of change: What works in therapy*, Washington D. C., American Psychological Association, 2000.
- Johnson, S. M., *The practice of emotionally focused marital therapy: Creating connection*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1996.
- Long, J. K., «Working with lesbians, gays, and bisexuals: Addressing heterosexism in supervision», *Family Process*, 35, 1996, págs. 377-388.
- , «Interracial and intercultural lesbian couples: The incredibly true adventures of two women in love», *Journal of Couple and Relationship Therapy*, nº 2, 2003, págs. 85-101.
- y E. Lindsey, «The sexual orientation matrix for supervision: Training MFTs to work with sexual minority clients», *Journal of Couple and Relationship Therapy*, nº 3, 2004, págs. 123-135.
- y J. M. Serovich, «Incorporating sexual orientation into MFT training programs: Infusion and inclusion», *Journal of Marital and Family Therapy*, nº 29, 2003, págs. 59-68.
- McGoldrick, M. (comp.), *Re-visioning family therapy: Race, culture, and gender in clinical practice*, Nueva York, Guilford Press, 1998.
- Mencher, J. y S. Slater, *New perspectives on the lesbian family experience*, trabajo presentado en la convención anual de la Association for Women in Psychology, Hartford, Connecticut, marzo de 1991.
- Minuchin, S., *Families and family therapy*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1974 (trad. cast.: *Familias y terapia familiar*, Barcelona, Gedisa, 1979).
- Pearlman, S. F., «Loving across race and class divides: Relational challenges and the interracial lesbian couple», en M. Hill y E. D. Rothblum (comps.), *Couples therapy: Feminist perspectives*, Nueva York, Haworth, 1996, págs. 25-35.
- Peterson, T. L. y J. H. Stewart, «The lesbian or gay couple as a family: Principles for building satisfying relationships», en H. Hidalgo, T. L. Peterson y N. Jane (comps.), *Lesbian and gay issues: A resource manual for social workers*, Silver Spring, Maryland, National Association of Social Workers, 1985, págs. 27-32.
- Ritter, K. Y. y A. I. Terndrup, *Handbook of affirmative psychotherapy with lesbians and gay men*, Nueva York, Guilford Press, 2002.
- Rosik, C. H., «Motivational, ethical, and epistemological foundations in the treatment of unwanted homoerotic attraction», *Journal of Marital and Family Therapy*, nº 29, 2003, págs. 13-28.
- Rosser, B. R. S., B. J. Short, P. J. Thurmes y E. Coleman, «Anodyspareunia, the unacknowledged sexual dysfunction: A validation study of painful receptive anal intercourse and its psychosexual concomitants in homosexual men», *Journal of Sex and Marital Therapy*, nº 24, 1998, págs. 281-292.
- Schwartz, A. E., *Sexual subjects: Lesbians, gender, and psychoanalysis*, Nueva York, Routledge, 1998.
- Shernoff, M., «Monogamy and gay men. When are open relationships a therapeutic option?», *Networker*, marzo-abril de 1999, págs. 63-71.
- Slater, S. y J. Mencher, «The lesbian family life cycle: A contextual approach», *American Journal of Orthopsychiatry*, nº 61, 1991, págs. 372-382.
- Tiefer, L., «The medicalization of sexuality: Conceptual, normative, and professional issues», *Annual Review of Sex Research*, nº 7, 1997, págs. 252-282.
- Von Foerster, H., *Observing systems*, Seaside, California, Intersystems Publications, 1981.
- Von Glasersfeld, E., «An introduction to radical constructivism», en P. Watzlawick (comp.), *The invented reality: How do we know?*, Nueva York, Norton, 1984, págs. 17-40 (trad. cast.: *La realidad inventada: ¿cómo sabemos lo que creemos saber?*, Barcelona, Gedisa, 1990).
- Yarhouse, M. A., «When clients seek treatment for same-sex attraction: Ethical issues in the “right to choose” debate», *Psychotherapy*, nº 35, 1998, págs. 248-259.

CAPÍTULO 11

UN ENFOQUE CATALÍTICO

DE LA TERAPIA SEXUAL BREVE *J. Scott Fraser y Andy Soloverly*

Lawrence y Tina llevaban prometidos casi un año y les faltaba un mes para casarse. En los últimos tiempos él había perdido todo el interés por el sexo, y por ese motivo acudieron a la terapia con una sensación de urgencia. A lo largo del mes anterior habían estado discutiendo mucho sobre el asunto, sin que hubieran podido llegar a ninguna conclusión. Como la mayoría de las parejas, al principio del noviazgo se habían contado el uno al otro sus experiencias sexuales; los dos apreciaban la franqueza del otro y se explicaban muchos detalles acerca de su historia. Cuando se iba acercando la fecha de la boda, repentinamente Lawrence empezó a sentirse incómodo cada vez que Tina y él hacían el amor. Explicó que cuando en el pasado ellos se contaban cosas acerca de sus relaciones anteriores, él se imaginaba a Tina practicando el sexo con sus otros amantes. Últimamente, esas imágenes le venían a la cabeza mientras estaba en la cama con Tina. Había intentando librarse de ellas diciéndose a sí mismo que solo eran tonterías, pero sus esfuerzos no daban resultado, y cuando Tina y él iniciaban un contacto íntimo, él se enfriaba.

Cuando ella se dio cuenta de que él lo estaba pasando mal y le preguntó qué ocurría, Lawrence se lo confesó de mala gana y le pidió que le describiera más sus experiencias con otros hombres, mientras se preguntaba si ella habría hecho cosas con ellos que no hacía con él. Muy incómoda, Tina intentó pasar de contestar a las preguntas, pero eso hizo pensar a Lawrence que el pasado de ella escondía más de lo que revelaba. Cuando se sentía frustrado con Tina, la palabra que le venía a la cabeza era *puta*. Intentó darle la vuelta a su rabia y encontrarle salida haciendo comentarios sarcásticos, pero eso puso más a la defensiva a Tina, lo que a su vez inspiró más sospechas en él, no solo en cuanto al pasado de ella, sino también acerca del presente.

Acudieron a terapia con varias preocupaciones. Tina amaba verdaderamente a Lawrence, pero tenía miedo de que éste tuviera problemas emocionales serios. Él se daba cuenta de que estaba siendo irracional, pero por más que lo intentase no conseguía deshacerse de las imágenes de Tina con sus otros amantes. Sus conversaciones solo sirvieron para empeorar las cosas. Ambos admitieron que estaban física y emocionalmente exhaustos a causa de que la mayoría de las noches se les hacía de día intentando resolver su problema. Esperaban que el terapeuta pudiera ayudarles a salir de aquella «espiral negativa», y así poder seguir disfrutando de su relación y de la boda.

Alicia y Dave vinieron a la terapia a causa de un problema que ellos consideraban poco habitual: la frigidez masculina. Explicaron que después de 10 años de matrimonio Dave había perdido completamente el interés por el sexo. No se había acercado íntimamente a Alicia desde hacía seis meses y buscaba cualquier excusa para evitar las relaciones sexuales cuando ella intentaba hacer un avance. Dave estaba desconcertado a causa de su falta de respuesta, porque Alicia era enormemente atractiva, hacía ejercicio regularmente para mantenerse en forma y era una madre maravillosa para sus dos hijos. La pareja no acostumbraba a discutir ni a pelearse, aunque a causa de la falta de interés sexual de Dave por Alicia cada vez había más tensión entre ellos.

Decidieron iniciar la terapia después de una discusión en la que Dave reveló que se estaba cuestionando si quizá ya no estaba enamorado de Alicia. La consideraba más una amiga que una amante, y se pasaba cada vez más tiempo en el trabajo y menos en casa. En conversaciones separadas del terapeuta con cada uno de ellos, Dave negó que estuviera interesado por otra mujer o que tuviera una aventura con alguien. Alicia justamente sospechaba que eso era lo que pasaba y decía que si él no quería sexo en casa es porque «lo obtenía en otro sitio».

A Nadia no le gustaba el sexo. Casada con Iván desde hacía casi 13 años y madre de dos niños varones de 3 y 5 años de edad, no sentía nada cuando hacían el amor. A lo largo de su matrimonio había intentado satisfacer las necesidades de Iván, pero en los últimos tiempos él estaba cada vez más frustrado por la evidente falta de deseo de ella. Iván se quejaba de que no mantenían relaciones sexuales lo bastante a menudo, y decía que no le gustaba que Nadia «simplemente se tumbara».

Ella estuvo de acuerdo en que no tenía interés en hacer el amor y que Iván tenía razón acerca de que no lo hacían muy a menudo. Con todas las responsabilidades que suponía el cuidado de los niños, últimamente se sentía más fatigada y, en consecuencia, le resultaba más difícil forzar a sí misma a practicar el sexo con su marido. No habían realizado el coito desde hacía más de seis meses, y Nadia dijo que si fuera por ella podría vivir perfectamente sin sexo. Adoraba a sus hijos y consideraba a Iván un buen marido que la trataba bien; si acaso, le sabía mal que él no estuviera a gusto. Sin embargo, unas cuantas semanas antes habían tenido una discusión a causa del sexo, durante la cual Iván amenazó con divorciarse de Nadia si ella no resolvía «su» problema. Eso le causó un gran disgusto porque Iván nunca había amenazado con marcharse. Y como él siempre cumplía su palabra, Nadia sabía que si no hacía algo para arreglar la situación, lo más probable es que él se fuera de casa. Nadia consultó con su ginecólogo, que, al no detectar en ella ningún problema médico, la derivó a un psicólogo.

Si las parejas de los casos que hemos esbozado hubieran ido a terapia en las décadas de 1950 o 1960, probablemente se hubieran encontrado tomando parte en una terapia psicodinámica de larga duración, con un terapeuta a la búsqueda de las causas que subyacían en sus dificultades sexuales. Si simplemente hubieran consultado algún manual sexual, posiblemente habrían hallado recomendaciones de técnicas que podían

utilizar, teorías sobre la sexualidad desde una perspectiva heterosexual y la afirmación de que los juegos preliminares son un requisito para la penetración y el orgasmo de los dos (que mucho mejor si era simultáneo) —el final universalmente deseado— (Apfelbaum, 2001). Los manuales, que sugieren de manera implícita que el contacto sexual es un «funcionamiento» que es posible juzgar, hubieran aumentando sin pretenderlo la ansiedad de las parejas a causa de cómo funcionaban sexualmente.

Si esas parejas hubieran acudido a un terapeuta sexual en las décadas de 1970, 1980 o 1990, posiblemente habrían trabajado con alguien influenciado por el trabajo pionero de Masters y Johnson, *Human Sexual Inadequacy* (1970), que tuvo una influencia tan extendida. Como resultado, la terapia hubiera sido mucho más corta y se habría organizado de una manera muy diferente al ejemplo anterior. Su terapeuta sabría mucho del ciclo de respuesta sexual (Masters y Johnson, 1966) y asumiría que el origen de sus dificultades se encontraba en su ansiedad por funcionar bien. Dicho en palabras de Masters y Johnson: «El temor a la inadecuación es el mayor impedimento conocido para un funcionamiento sexual efectivo» (1970, pág. 12).^{*} El terapeuta hubiera puesto a su disposición diversas técnicas —que incluirían «evitar dirigir el contacto sexual a una meta determinada», «ejercicios para centrarse en las sensaciones», «prohibición del coito», «dar y recibir placer sin exigencias», «besos receptivos», «métodos de inicio-parada», «técnicas de comprensión», «entrenamiento en masturbación y autosatisfacción» y «uso de dilatadores vaginales»— y una o más de estas técnicas quizá les habría resultado útil para resolver sus problemas. Sin embargo, es posible que la motivación del terapeuta por la brevedad y la eficiencia, junto con sus supuestos teóricos y su subjetividad, únicamente hubieran exacerbado el sufrimiento de la pareja.

A pesar de las muchas mejoras aportadas por Masters y Johnson y otros a la terapia sexual, los enfoques actuales todavía están lastrados con problemas importantes. Peggy Kleinplatz (2001) formuló una enérgica crítica al respecto:

- La terapia sexual no cuenta con una base teórica unificada.
- Los supuestos fundamentales de los terapeutas sexuales están cargados de mitos y estereotipos sexuales. Por ejemplo, acerca del género y la «normalidad».
- Las prácticas actuales de la terapia sexual están basadas en supuestos heterosexistas, falocéntricos y con un sesgo de género. Por ejemplo, la eyaculación precoz de un hombre se considera un problema serio, mientras que el orgasmo rápido en una mujer es motivo de alegría (Reiss, 1990).
- La terapia sexual basa su concepción de la sexualidad en la biología, en lugar de prestar igual atención a los procesos personales e interpersonales, a las normas culturales y a los sesgos de género.
- El campo de la terapia sexual continúa centrándose en las partes del cuerpo, en lugar de en las personas a las que pertenece ese cuerpo.

- Los terapeutas sexuales tienen menos éxito cuanto mayores son las necesidades, sobre todo cuando los problemas están relacionados con el deseo.

Nosotros coincidimos con estas críticas. Históricamente, el campo de la terapia sexual ha prestado poca atención a la contribución cultural, contextual, teórica e interpersonal. Como señaló Apfelbaum (2000), el entusiasmo con que la sociedad ha acogido la aparición de la Viagra subraya la importancia que se continúa dando a mantener la erección. La eyaculación retardada, con la que se alarga el coito, se considera una bendición más que como el problemático dilema al que a menudo se enfrentan aquellos a quienes afecta. Practicar el sexo para obtener placer se deja de lado y se insiste en los actos basados en el coito y en el orgasmo obligado. Los escritos sobre terapia sexual raramente abordan las formas positivas de expresar una sexualidad alegre y apasionada, ni tienen en cuenta que muchos hombres y mujeres prefieren una pareja de su mismo sexo.

Los tratamientos del vaginismo o de la disfunción eréctil son dos ejemplos adicionales de esta visión centrada en el funcionamiento. Por un lado, que los dilatadores vaginales se utilicen con un 100 % de posibilidades de facilitar el coito es una buena noticia, pero, por otro lado, esto también apoya el mito de que la meta deseable es en última instancia el coito. El blanco del tratamiento es un conjunto de partes del cuerpo que necesitan una cura, y el contexto del problema es irrelevante. De manera similar, el tratamiento de la disfunción eréctil se centra en el pene, y se da preferencia a la frecuencia y firmeza de las erecciones, por encima de tener en cuenta la presión contextual para que el pene funcione cuando así se requiere. Si el tratamiento se centra en las técnicas para mejorar el funcionamiento, a los clientes no se les da la oportunidad para descubrir las múltiples formas en que es posible tomar parte en una relación sexual ni comprender el contexto de sus decepciones sexuales.

Demasiadas veces los investigadores y los terapeutas sexuales se ponen (literalmente) la bata blanca de médicos para dar la impresión de objetividad y neutralidad científicas en su trabajo, para centrarse desapasionadamente en la sexualidad y para obtener credibilidad de cara a las subvenciones para la investigación. Al hacer esto, no solo pierden de vista el contexto más amplio de la sexualidad, sino que también pasan por alto la pasión y el placer asociados al sexo. Quizá sea esto lo que haya tenido que ver con el limitado éxito que se ha obtenido en ayudar a los clientes con problemas de poco deseo sexual* a encontrar la intimidad erótica y la satisfacción necesarias para alimentar su sexualidad.

Frente a tales críticas, la terapia sexual parece atrapada en un callejón sin salida, en el que técnicas inconexas y poco fundamentadas se aplican ateóricamente al servicio de criterios de funcionamiento tradicionalmente definidos e impulsados por la medicina. Este capítulo ofrece una opción a ese callejón sin salida. Inspirados por las interpretaciones y las prácticas de las terapias breves sistémicas y estratégicas, y por las metateorías en las

que se basan, presentamos un enfoque catalítico de la terapia sexual breve, que respeta las complejidades y las pasiones particulares de nuestros clientes y de sus parejas, y presta atención no solo a su lucha por funcionar bien, sino también a su grado de deseo. Esto se lleva a cabo desde la sensibilidad hacia el contexto de su comprensión cultural de las cosas, y hacia su identidad sexual y su expresión de la sexualidad.

La terapia catalítica breve

Antes de empezar a describir nuestro enfoque de la terapia sexual, es necesario explicar primero las bases en que se fundamenta. Nuestras influencias importantes son el modelo estratégico del Mental Research Institute (MRI) (Fisch, Weakland y Segal, 1982; Nardone y Watzlawick, 1993; Watzlawick, 1976, 1984; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974; Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974), y el modelo centrado en la solución desarrollado por el Brief Therapy Center (De Shazer, 1982, 1985, 1988, 1991, 1994; De Shazer y otros, 1986) y otros (O'Hanlon, 1987; O'Hanlon y Martin, 1992; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; y Walter y Peller, 1992).

Aunque muchos dirían que el enfoque de la terapia breve del MRI y el centrado en la solución se deben considerar modelos separados, otros sostendrían firmemente que en realidad son dos variaciones de la misma orientación basada en el proceso (Fraser, 1995; Presbury, Echterling y McKee, 2002; Quick, 1996). Nosotros adoptamos esta última perspectiva y utilizamos el término «catalizador» para referirnos a la combinación de ambos (Cummings, 1995; Fraser, Morris, Smith y Solovey, 2001, 2002).

Un enfoque catalítico se organiza en torno a centrarse en algo sencillo: introducir un cambio pequeño pero significativo en las interacciones que se producen en una relación o en la descripción de un problema, y amplificar después los subsiguientes bucles en el sistema para potenciar el cambio. Al igual que los terapeutas del MRI, nosotros entendemos los problemas como círculos viciosos de intentos bienintencionados para resolver una dificultad percibida. Cuando esos intentos de solución no funcionan, la gente sigue probando lo mismo una y otra vez, lo que empeora las dificultades o, de hecho, *se convierte* en realidad en el problema.

Nuestra intervención básica comporta encontrar o crear excepciones significativas a la pauta del problema, o encontrar o crear diferencias pequeñas pero significativas en el círculo vicioso del problema. El primer paso tiene que ver con identificar la pauta de ese círculo vicioso en relación con el problema descrito. Como los terapeutas del MRI, iniciamos después una nueva acción por medio de redireccionar los intentos de solución o reencuadrar el problema. Al igual que los terapeutas centrados en la solución, también identificamos y amplificamos las excepciones a la pauta del problema que ya se están produciendo y nos basamos en ellas para consolidar el cambio.

Ambos componentes del enfoque catalítico buscan introducir cambios en la acción o conceptualización de la interacción en torno al problema identificado. En este capítulo, describiremos algunas de las formas principales de que se valen los terapeutas breves para introducir tales cambios en las «acciones» o en las «visiones» del problema, pero primero debemos desarrollar dos ideas metateóricas de las que bebe nuestro trabajo: el concepto sistémico de *cambio de segundo orden* y los conceptos del construccionismo social de *coevolución y relatividad de la realidad*, o *realidad de segundo orden*.

EL CAMBIO DE SEGUNDO ORDEN

Aunque los conceptos de cambio de primer y segundo orden están basados en premisas teóricas bastante complejas (Watzlawick y otros, 1974), se pueden explicar con relativa sencillez. El *cambio de primer orden* se refiere al cambio dentro de las definiciones, interpretaciones, premisas, reglas y prácticas normales de un sistema determinado. Se podría describir como un cambio en la frecuencia, intensidad, localización, duración, etc. de una práctica o acción concretas.

Por ejemplo, un hombre que tiene dificultades para conseguir y mantener una erección puede que (junto con su pareja o parejas) inicie una serie de acciones que pueden ser muy variadas y que se podrían clasificar como «cambio de primer orden». Por ejemplo,

- Intentar practicar el sexo con mayor frecuencia, a la vez que evalúa el «éxito de su erección».
- Intentar evitar o reducir las interacciones sexuales, y reducir así el frustrante potencial de «fracaso».
- Esforzarse aún más en conseguir y mantener erecciones, mientras se fija cuidadosamente en el «éxito» de sus esfuerzos, en términos de dureza del pene.

Todos estos intentos de solución son cambios de primer orden, que o bien mantienen la situación o empeoran la dificultad que el cliente y su pareja o parejas se esfuerzan por resolver. Al basarse en el supuesto aceptado de que la forma de solucionar un problema es esforzarse más, y fijarse mucho en los éxitos y los fracasos, lo que se consigue es que los propios intentos de solución se conviertan en el problema. Cuando se mide el éxito basándose en el grado en que mantener una erección facilita el orgasmo de un hombre, de su pareja, o de ambos, la consecuencia es que el hombre queda atrapado en la ansiedad por rendir y no se da cuenta de la intimidad y la pasión que llevan a la excitación.

El *cambio de segundo orden* es un cambio de las premisas, definiciones, supuestos, prácticas y tradiciones de un sistema determinado de relaciones. La mayoría de las veces representa una salida contraria a la intuición o al sentido común —o una *inversión*— de

las ideas comúnmente arraigadas acerca de la naturaleza de la situación y las posibles soluciones lógicas y razonables. Por eso se ha descrito habitualmente como *paradójico* o *irónico* (Fraser, 1984). Este tipo de cambio tiende a alterar las premisas o corolarios de un sistema determinado, basándose en ellas, para desarrollar soluciones nuevas, diferentes.

El hombre con dificultades de erección del que hemos hablado podría experimentar un cambio de segundo orden de muchas formas distintas:

- Podría cuestionarse si su dificultad es realmente un problema o simplemente un reflejo de otras circunstancias, como por ejemplo menor interés en su(s) pareja(s) sexual(es) o en sus prácticas sexuales. En este caso no habría muchos motivos para esperar que se produjesen erecciones firmes y mantenidas.
- Podría darse cuenta de que su dificultad es situacional —como resultado de, por ejemplo, fatiga, preocupación, distracción o enfermedad— en lugar de una señal indicativa de un problema más severo. Esto le permitiría dejar de intentar remediar la situación, reduciendo así la presión y el sufrimiento que imposibilita la resolución.
- En un esfuerzo por conocer mejor lo que sucede, puede que él y su(s) pareja(s) intenten a propósito que pierda la erección.

Con muchas de las intervenciones más efectivas de Masters y Johnson —desde las técnicas para «centrarse en las sensaciones» hasta las instrucciones para ir despacio y no realizar el coito—, se introduce la posibilidad de un cambio de segundo orden. Por ejemplo, en las parejas hombre-mujer, el terapeuta invierte la compulsión de que sea el hombre quien dirija, colocando a la mujer en una posición de igual o más al cargo de pequeñas dosis de placer sin exigencia, o de la técnica de inicio-parada para tratar la eyaculación precoz. La compulsión de reciprocidad se invierte en los ejercicios de besos receptivos y placer sin exigencia. Y redireccionar a las mujeres para alejarlas de orientarse al orgasmo y acercarlas a autocomplacerse a menudo invierte sus dificultades para llegar al orgasmo.

LA COEVOLUCIÓN Y LA RELATIVIDAD DE LA REALIDAD

Tanto los terapeutas del MRI como los centrados en la solución están muy influenciados por las posturas del constructivismo y del construccionismo social acerca de que todas nuestras ideas y constructos se crean de forma individual e interactiva, y no son simplemente verdades que «están ahí fuera» esperando que las descubramos. El constructivismo (Bateson, 1972; Gergen, 1985, 1991, 1992; Watzlawick, 1976, 1984), se refiere al punto de vista filosófico y epistemológico que sostiene que los individuos cocrean su visión de la realidad a través de su interacción con el mundo. El construccionismo social (Gergen, 1985, 1994; Hoyt, 1994; Mahoney, 1995; McNamee y

Gergen, 1992; Neimeyer, 1993; Neimeyer y Feixas, 1990; Neimeyer y Mahoney, 1995) se basa en la premisa constructivista y pone el acento en la influencia del contexto social en la creación de significados.

Estas interpretaciones posmodernas inciden en que todas las interacciones se deben considerar en términos de los contextos de lenguaje y cultura (Gergen, 1991, 1994) en que se hallan integradas. Así, nuestras ideas acerca de, por ejemplo, los roles en función del género, de la sexualidad y de las prácticas sexuales normativas, deben ser consideradas dentro de los supuestos individuales y culturales a partir de los cuales se han desarrollado. Como destacó el grupo del MRI (Watzlawick, 1976; Watzlawick y otros, 1974), cualquier acción o situación determinada se puede entender y describir dentro de cualquier número de realidades útiles o marcos de referencia. Estos marcos, que a la vez permiten y constriñen las posibilidades, los aplican no solo los clientes, sino también los teóricos y los terapeutas.

Un reconocimiento de este tipo nos invita a examinar nuestros supuestos implícitos sobre la sexualidad y las prácticas normativas, y nos recuerda que existen muchas formas plenamente positivas de definir y expresar la sexualidad que no encajan dentro de las normas culturalmente dominantes. Además, si cualquier visión de la realidad se crea a través de la interacción social y del uso del lenguaje, entonces puede coevolucionar a formas nuevas por medio de la interacción con los terapeutas y de las tareas que se asignan a las parejas para realizar en casa. Los pequeños giros en la interacción con los terapeutas y con otras personas pueden funcionar como una línea divisoria para alterar las pautas problemáticas.

Influenciados por estas ideas, los terapeutas catalíticos breves atienden, respetan y aceptan el lenguaje y los marcos conceptuales de sus clientes (Fisch y otros, 1982; Nardone y Watzlawick, 1993; Watzlawick, 1976, 1978; Watzlawick y otros, 1974; Weakland y otros, 1974), y crean caminos hacia el cambio mediante intervenciones como las que exponemos a continuación.

REFRENDAR EL CAMBIO

Refrenar a los clientes para que no intenten avanzar demasiado rápido o prohibirles que se dirijan directamente a la meta que desean es muchas veces un cambio de segundo orden en sí mismo. Los terapeutas breves catalíticos emplean tanto los «frenos suaves» cuando dan instrucciones a los clientes en el sentido de «ir despacio» en sus intentos de tirarse de cabeza a la búsqueda de la solución, como los «frenos enérgicos» cuando prohíben las acciones orientadas a una meta o cuestionan a los clientes.

Por ejemplo, un terapeuta catalítico breve, de forma no muy distinta a la de Masters y Johnson, puede recomendar a los clientes que se abstengan del coito o de otros tipos de interacción sexual. Cuando las parejas tienen un «resbalón» y no cumplen con la tarea asignada, pero obtienen con algún tipo de actividad el placer sexual que buscaban, está

bien que el terapeuta se alegre de ese éxito inesperado, pero con cautela. Si el resbalón no ha acabado bien, puede entonces utilizar su experiencia como terapeuta para reforzar el mensaje de ir despacio.

NORMALIZAR

Esta intervención pretende aliviar un poco a los clientes por medio de contextualizar sus dificultades como reacciones normales dadas las limitaciones de sus circunstancias. Normalizar favorece que los clientes relajen la presión que habitualmente va asociada a sus esfuerzos para resolver una dificultad percibida, y les ayuda a despatologizarse a sí mismos y a aquello con lo que luchan, sea lo que sea. Los terapeutas sexuales obtienen muchas veces este mismo resultado por medio de la psicoeducación, de facilitarles lecturas a los clientes y de darles explicaciones directas.

ENCUADRAR, REENCUADRAR Y DESENCUADRAR

Encuadrar conlleva colocar a una persona, una situación, una acción o un problema en un contexto determinado. Reencuadrar representa colocar a esa misma persona, situación, acción o problema en un contexto alternativo, pero igualmente lógico y a menudo más útil. Desencuadrar se refiere a deconstruir el contexto de un marco de referencia determinado, para eliminarlo como causa de un problema por medio de cuestionar la realidad absoluta en que se basa, o de simplemente señalar que es tan solo una forma entre muchas de verlo.

POSICIONAMIENTO

Los terapeutas catalíticos breves adoptan una posición relativa hacia sus clientes que está diseñada para facilitar el cambio terapéutico. Es posible que adopten una postura de «prudente optimismo», «inferior», o una que sea significativamente diferente de la de los clientes o de otras personas que «les ayudan».

PRESCRIBIR LOS SÍNTOMAS

La prescripción del síntoma representa pedir a los clientes que realicen a propósito alguna variación de los comportamientos problemáticos descritos, lo que permite al terapeuta conocer cómo piensan, actúan o reaccionan durante el ciclo problemático, o saber más acerca de qué causa la aparición del problema o lo empeora. Tales prescripciones hacen que la pauta del problema sea menos «automática» o esté menos fuera del control del cliente.

PREDICCIÓN DE LAS DIFICULTADES O DE LAS RECAÍDAS

Esta técnica se utiliza muchas veces para desviar el desánimo que sienten los clientes ante los retrocesos que perciben o para alentarlos a consolidar sus logros por medio de reencontrarse con lo que antes consideraban como peligros. Por ejemplo, se puede advertir a los clientes que sus primeros intentos con un ejercicio o técnica sexual nuevos es poco probable que tengan un éxito instantáneo o que produzcan un placer inmediato, y que el objetivo principal es aprender algo acerca de sí mismos o de su pareja. Una vez que hayan logrado una mayor intimidad entre ellos, se les puede pedir que vean si pueden reiniciar una de sus antiguas luchas. Si no lo consiguen, eso consolidará aún más las nuevas pautas. Si lo consiguen, les servirá para aprender de qué forma son todavía vulnerables a los viejos hábitos.

ENCONTRAR Y AMPLIFICAR LAS EXCEPCIONES, LAS DIFERENCIAS Y LAS SOLUCIONES POSITIVAS

Una vez que se han identificado las metas que se desean alcanzar, los clientes y el terapeuta buscan juntos aquellas ocasiones en que el problema no ha estado presente. Este proceso de búsqueda de resultados positivos y de la forma en que éstos se han producido es en sí mismo un cambio de segundo orden, una inversión del proceso habitual del cliente que tiende a centrarse únicamente en las historias saturadas de problemas. Cuando se identifican las excepciones a las dificultades sexuales, también es posible identificar las circunstancias que las rodean, y se pueden entonces amplificar esas ocasiones positivas, y crear así aproximaciones sucesivas a las metas deseadas.

ADOPTAR UNA POSTURA HACIA EL FUTURO ORIENTADA A LA META

Los terapeutas catalíticos breves ayudan a los clientes a identificar metas pequeñas, alcanzables y apropiadas que estén orientadas a la acción y sean observables. Cuanto más se orienta un cliente hacia un posible futuro, más éxito tiene en alcanzarlo.

Una vez establecido el marco de trabajo teórico de nuestro enfoque catalítico, nos gustaría exponer y comentar algunos casos. Los dos primeros ejemplifican nuestro método para trabajar con clientes que tienen problemas médicos; y los otros tres desarrollan los casos esbozados al principio del capítulo, e ilustran cómo abordar los problemas relacionados con el grado de deseo sexual de los clientes.

Problemas «médicos»

Como destacamos en el primer apartado de este capítulo, en los últimos tiempos la terapia sexual ha sido objeto de críticas por ser abiertamente biologista en su enfoque de los problemas sexuales y de su resolución. Se ha considerado que las terapias hormonales, los procedimientos quirúrgicos y las medicaciones han tenido tanto éxito que los clientes, los médicos y los terapeutas han empezado a considerar estas vías de tratamiento las terapias breves definitivas para las dificultades sexuales. Y eso a pesar de las recientes resoluciones de organismos internacionales de la salud, que recomiendan combinar los tratamientos médicos y los psicosociales incluso en aquellos casos en que están más indicadas las intervenciones biológicas (Rosen, 2000). Para que una terapia breve tenga éxito, los terapeutas tienen la responsabilidad crítica de abordar *todos* los problemas dentro del contexto de las relaciones y de los puntos de vista de sus clientes.

Beth y Tom vinieron a terapia con la queja de que ni siquiera la Viagra había podido ayudar a Tom a funcionar bien sexualmente. Casados desde hacía siete años, la pareja había tenido una vida sexual mutuamente satisfactoria hasta el año anterior. Éste era el segundo matrimonio de Tom y el primero de Beth; la primera mujer de Tom le dejó por otro hombre que conoció en el trabajo.

Tom parecía haber perdido la capacidad de tener o mantener una erección, y últimamente había dejado de iniciar cualquier contacto sexual o de responder a los avances de Beth.

Dos años atrás, Beth había dejado su trabajo como secretaria para volver a la universidad y obtener su diplomatura. Tom, dueño de un taller mecánico de reparación y mantenimiento de automóviles, pensó entonces que quizá la dedicación de Beth a sus estudios le impedía prestar más atención a la relación sexual de ambos. Si era así, solo tenía que esperar a que se graduase. Beth sufría porque temía que, o bien él tenía un problema físico, o bien ya no la encontraba atractiva sexualmente. En sus encuentros sexuales, ambos respondían enseguida cuando se insinuaba una erección y se daban prisa para intentar el coito. Todos estos esfuerzos acabaron en fracaso y Tom se distanció aún más.

La terapeuta, nuestra colega Mary Talen, respetó las preocupaciones de la pareja acerca de que el problema tenía una base orgánica, y les sugirió un médico (que era también terapeuta familiar) al que podían consultar. El examen clínico reveló algún problema vascular que probablemente fue la causa inicial de los problemas de erección de Tom. La pareja se sintió aliviada al saber esto, pero su preocupación no se desvaneció del todo porque la Viagra no había funcionado.

Mary y su colega vieron, además de las cuestiones de salud física de Tom, otros tres problemas interrelacionados que podían contribuir a las dificultades de la pareja. El primero tenía que ver con la vuelta de Beth a la universidad, que la había distanciado de Tom y que en potencia representaba que podría superarle en formación y aspiraciones. El segundo era que la pareja había quedado encerrada en un círculo vicioso de exigencias

y distanciamientos. Y el tercero tenía que ver con que centrarse en exceso en las erecciones de Tom había tenido como resultado mucha presión para realizar el coito siempre que había indicios de que iba a tener una.

Los terapeutas consideraron que sus intervenciones tenían que prestar atención a las cuestiones orgánicas de Tom, respetar la visión que cada uno tenía del otro, y la de ambos acerca de la sexualidad, e invertir el ciclo de exigencia/distanciamiento. En el trabajo terapéutico con Tom utilizaron metáforas que tenían que ver con la reparación y mantenimiento de automóviles, y sugirieron que para tener relaciones sexuales con su mujer y disfrutarlas necesitaba una «transmisión nueva». Sin embargo, sin duda necesitaba instrucciones acerca de su propia «mecánica» o fisiología, de lo que cabía esperar de la nueva transmisión y de cómo servirse de ella exactamente, de forma que al final recuperase el placer de la experiencia de conducir.

Mary y su colega dijeron a la pareja que debían «ir despacio» cuando se tratase de sexo, y evitar de momento el coito. Tom aprendió a aprovechar los efectos de la Viagra mediante la masturbación y gradualmente fue enseñando a Beth lo que había aprendido. En el pasado, los dos se sentían más atraídos mutuamente cuando salían por ahí con los amigos y flirteaban el uno con el otro. Los terapeutas les pidieron que acordaran salidas con otras parejas y se dedicaran a flirtear secretamente el uno con el otro. Beth y Tom quizás estaban un poco oxidados, pero era importante poner otra vez «el vehículo en la carretera». Cuando se sintieran excitados, tenían que limitarse a los ejercicios graduales de dar y recibir placer, y llegar al coito únicamente si no podían evitarlo.

Durante las siguientes tres semanas, Tom se acostumbró a utilizar la Viagra, él y Beth reservaron tiempo para hacer vida social, y no solo aprendieron más acerca del placer mutuo, sino que también redescubrieron la intimidad y el coito. Al invertir los intentos de solución de la pareja, los terapeutas ayudaron a superar la dificultad orgánica de Tom y facilitaron que la relación de la pareja volviera a ser tan sólida como antes.

Las parejas a menudo esperan que existan causas orgánicas y curas médicas para sus dificultades sexuales, pero muchas veces no es ése el caso. Bob y Cheri habían disfrutado de una relación sexual apasionada hasta que se fueron a vivir juntos; a partir de ese momento, para perplejidad y consternación de Cheri, Bob empezó a distanciarse sexualmente de ella. Él y todos los demás hombres de su vida le habían dicho que ella era muy «ardiente», así que Cheri supuso que Bob debía de tener un déficit de testosterona. Cuando quedó claro que no era así, vinieron a la terapia, y para entonces Bob se sentía señalado y acusado de ser el que tenía el problema.

La terapeuta, una vez más Mary Talen, realizó el historial sexual de ambos. Cuando Bob era joven había visto a su padre vestirse de mujer. Después de aquello, se esforzó mucho en afirmar su heterosexualidad en las intensas relaciones sexuales que mantenía con las mujeres, aunque tenía presente que no sabía lo que podía ocurrirle en una

relación a largo plazo. Cheri tenía una historia de consumo de drogas y de prostitución, que la había llevado a pensar que su principal valor era el atractivo sexual que tenía para los hombres.

Mary normalizó los cambios por los que había pasado la pareja, mencionó la transición de la vida independiente a la vida juntos y señaló de qué forma este cambio había provocado una espiral problemática. Este reencuadre les ayudó a dar un nuevo significado a sus recientes dificultades, y les permitió que pudieran dar un paso atrás y a la vez acercarse. Bob le dijo a Cheri que era su amor por la vida lo que le había hecho desear estar con ella, y ella le dijo que él era el hombre más fuerte y más auténtico que había conocido en toda su vida. Reafirmaron la atracción que sentían el uno por el otro y reconocieron las tensiones que conlleva irse a vivir juntos.

Mary les pidió que hicieran una lista de lo que cada uno quería conservar de su vida independiente, y evaluaran a la vez lo que deseaban para su vida en común. Mientras tanto, tenían que abstenerse de contacto sexual y reiniciar las citas para salir como antes, y solo volver a hacer el amor cuando la transición a vivir juntos estuviera establecida. Estos cambios suaves consiguieron que gradualmente pudieran volver a encarrilar su relación.

Problemas asociados al grado de deseo

Como ya hemos destacado, en los últimos tiempos diversas fuentes han criticado la corriente principal de la terapia sexual, por no disponer de una forma adecuada de tratar lo que en la actualidad se ha convertido en la queja más frecuente en la consulta de los terapeutas sexuales: la discrepancia en el grado de deseo de la pareja (Apfelbaum, 2000, 2001; Kleinplatz, 2001). En realidad, la «falta de deseo sexual» ha sido llamada la disfunción sexual de la década de 1990 (Pridal y LoPiccolo, 2000), y afecta a los hombres tan a menudo como a las mujeres, y tanto a las parejas heterosexuales como a las del mismo sexo.

Volviendo a los esbozos de casos que hemos presentado antes, hay que fijarse en cómo desencuadrar la «falta de deseo sexual», por medio de cambiar la pauta de las relaciones y de romper las pautas de búsqueda de soluciones, se convierte en la clave para «despertar de nuevo el deseo».

Recordemos que Lawrence, el prometido de Tina, había perdido todo el interés sexual por ella después de conocer sus experiencias sexuales del pasado. Cuanto más pensaba en ella con otro hombre, menos centrado estaba y más sufría. Cuando Tina se dio cuenta de la razón por la que él se apartaba de la intimidad con ella, no quiso darle más información sobre sus experiencias pasadas. Esto aumentó las sospechas de él y entraron en una «espiral negativa».

En los círculos viciosos de acusación-defensa, lo habitual es que uno de los miembros de la pareja acuse al otro de alguna clase de infidelidad. El que se defiende niega tal infidelidad, pero lo hace de una forma poco decidida o defensiva, lo que alimenta la inseguridad del que le acusa, y eso lleva a más acusaciones, que van seguidas de más negaciones defensivas, etc. Las acusaciones de Lawrence se iniciaron a partir de su preocupación acerca de los amantes anteriores de Tina, pero escalaron rápidamente a especulaciones de traiciones en el presente, como una explicación por su falta de interés en el sexo.

Los terapeutas catalíticos breves buscan romper este tipo de ciclo, y ayudar al acusador a que deje de acusar, o al que se defiende a responder de una manera más categórica a las acusaciones. En el caso de Lawrence y Tina, el terapeuta, Scott, eligió este último enfoque. Aceptó la preocupación de Tina por el bienestar emocional de Lawrence, y para respetar también su marco de referencia, utilizó su mismo lenguaje para reencuadrar la situación y normalizar el comportamiento de Lawrence.

Scott explicó que la pareja había caído en lo que algunos llamarían una «trampa de género», y el profundo amor e intensa pasión que sentían el uno por el otro contribuía a mantenerla. Un amor así muchas veces hace surgir las emociones más primitivas y la necesidad de distinguir la relación como algo muy especial y exclusivo. Los hombres y las mujeres suelen hacer esto de manera diferente. Un hombre competitivo quiere que su mujer le considere el mejor de los amantes. Se siente seguro cuando no duda de que su virilidad y su habilidad como tal evitará que su mujer busque otros hombres, porque la experiencia sexual que él le ofrece va más allá de cualquier comparación.

En contraste con esto, puede que para una mujer apasionada señalar la importancia de su relación conlleve olvidar las experiencias sexuales anteriores y afirmar que su hombre es su único amante verdadero. Las conversaciones de Lawrence y Tina sobre sus experiencias del pasado, aunque comprensibles, interferían con la capacidad individual de cada uno de prepararse para la boda. Cuanto más sacaba el tema de las relaciones anteriores Lawrence, más se acordaba Tina de un pasado que quería olvidar, y por otro lado las respuestas poco categóricas de ella no le proporcionaban a él la seguridad que buscaba.

Scott le dijo a Lawrence que había una estrategia que podía utilizar para hacer frente a las cuestiones que le inquietaban, pero que antes de empezar a explicársela quería responder a cualquier pregunta que ellos quisieran formularle. Tina preguntó cómo podía saber Lawrence exactamente lo que ella sentía. Y Lawrence dijo que no había sido consciente de lo que Tina pretendía. Scott normalizó estas reacciones y explicó que «el amor a veces nos vuelve un poco locos».

Scott se centró entonces en Tina y le explicó que existía un buen «antídoto» para lo que le ocurría a Lawrence. Sugirió que cada vez que él le preguntara por sus experiencias pasadas, ella le diera uno de esos besos de película estuvieran donde estuvieran —en

unas galerías comerciales, en una reunión familiar, en la cama o en un restaurante—. Después del beso, le explicaría la verdad: que ella no pensaba en el sexo con nadie más que con él, que él era el único que a ella le interesaba.

Al oír esto, Lawrence estalló en carcajadas. Scott miró a Tina y, sonriendo, le dijo que «se asegurase de que fuera un beso con lengua». Ambos dejaron la sesión entre risas, emocionados por la posibilidad del «antídoto».

Lawrence y Tina se casaron en la fecha prevista. Cuando volvieron para una sesión de seguimiento después de la boda, Tina dijo que había seguido las indicaciones de Scott en una ocasión, y que entonces Lawrence se rió, dejó de lado el tema y hasta el momento no lo había vuelto a sacar. Con su relación encarrilada de nuevo, se dedicaron a discutir otros retos que se les planteaban, como por ejemplo dónde iban a vivir y cuándo empezarían a formar una familia.

Alicia y Dave, la segunda pareja presentada al principio del capítulo, también estaban atrapados en un ciclo que iba a más; en su caso se trataba de persecución/distanciamiento.

Llevaban casados 10 años y al principio de su matrimonio Dave tenía lo que Alicia consideraba como un apetito sexual voraz. Pero ya no. No habían hecho el amor desde hacía seis meses y Dave parecía haber perdido todo interés en el sexo. Consideraba a Alicia más una amiga que una amante y le preocupaba que pudiera no estar ya enamorado de ella. Alicia, por su parte, sospechaba que Dave tenía una aventura amorosa, a pesar de que él lo negaba sinceramente, y así se lo decía a ella y a Andy, el terapeuta. La relación se fue polarizando cada vez más.

Andy se fijó en lo mucho que se esforzaba Alicia para atraer el interés de Dave. Le esperaba levantada cuando él volvía tarde del trabajo, preparaba cenas con velas, se ponía lencería sexy para ir a la cama, le besaba larga y seductoramente, y le preguntaba qué opinaba y sentía por ella. Cuando él no le respondía de manera tranquilizadora, ella se echaba a llorar.

Cuanto más anhelaba Alicia la atención de Dave, más se distanciaba él, y hubo un momento en que habló de suicidio. Convencido de que sufría una depresión, había conseguido que el médico de familia le recetara antidepresivos, pero la medicación no modificó los problemas que había en la relación. Se sentía culpable de que Alicia cargase ella sola con la responsabilidad de sacar adelante la relación. También se preguntaba qué pasaría si ya no volvía a sentir por ella lo mismo que antes, y consideraba la posibilidad de dejar su matrimonio.

A veces los ciclos de persecución/huida se disparan cuando algo altera el delicado equilibrio de quien da el primer paso en la relación de una pareja. Si uno de los dos, que no se siente deseado, persigue al otro para obtener afecto y reconocimiento, puede que provoque que el otro intente escapar o se distancie. Al igual que la persecución estimula la huida, la huida estimula la inseguridad y más persecución. El miembro de la pareja que

se aparta puede entender este ciclo como una señal de que ya no está enamorado. Si expresa con palabras este temor, la situación se complica aún más, y puede acabar en una relación extraconyugal o en el divorcio.

Por la época en que Dave y Alicia iniciaron la terapia, este ciclo se había convertido en una tarea a tiempo completo. Alicia, que se pasaba la mayor parte del día dándole vueltas al temor de que él se marchara de casa, había dejado su trabajo a tiempo parcial para centrarse enteramente en la relación. Dave también se pasaba mucho tiempo preocupándose por su matrimonio, y el rendimiento en el trabajo había empezado a disminuir.

El objetivo terapéutico de Andy era interrumpir ese ciclo por medio de conseguir el cese o la inversión de los comportamientos de uno de los dos. Si Alicia dejara de ir detrás de Dave, puede que él recuperase su interés por ella. O si Dave invertía su distanciamiento y buscaba a Alicia, quizás ella no se sentiría tan impulsada a perseguirle a él.

Dave no se consideraba capaz de cambiar, a la vista de que sus sentimientos por Alicia no eran los de antes, y por eso Andy decidió reunirse con él individualmente, para reconocer la dificultad de su posición y valorar su voluntad de permanecer en la relación. Andy también reencuadró la naturaleza de las relaciones a largo plazo, y habló de que el interés sexual fluctúa de manera natural, con lo que normalizó así la falta de interés de Dave.

Andy se reunió también a solas con Alicia; reconoció sus preocupaciones y le aseguró que la falta de interés de Dave no significaba que ella no fuese atractiva. Le explicó que a veces la gente se distancia en una relación cuando su pareja le resulta demasiado predecible o pierde algo de su singularidad y de la pasión por la vida que originalmente le atrajo. Andy y Alicia hablaron de posibles formas de mostrarse un poco misteriosa ante Dave, y a la vez ir en pos de lo que ella deseaba. Coincidieron en que parecer impredecible requería sutileza pero también sinceridad, porque ella de ninguna manera quería hacer daño a Dave.

Alicia tenía la costumbre a la hora de ir a dormir de besar a Dave y decirle que le amaba, y si él no respondía, le preguntaba si él la amaba a ella.

Como esto había suscitado discusiones y malestar recientemente, Andy sugirió que Alicia podía no besar a Dave, o bien besarle pero no decirle que le amaba. También podía utilizar una indumentaria para irse a la cama que a él no le despertase interés sexual. Y si Dave volvía tarde a casa, que la encontrase absorta en una actividad que le hiciera buscar la atención *de ella*. Como esa renovación del interés de Dave no era algo que se pudiese forzar, había que darle tiempo para que apareciese, y mientras tanto Alicia podía dedicarse más a su propia vida, volver al trabajo o, como era una ávida lectora, entrar a formar parte de un club de lectura.

El resultado de este cambio no se hizo evidente hasta dos sesiones después. Al principio, a Alicia le resultó difícil alejarse un poco de Dave de la forma que había comentado con Andy, y éste valoró su esfuerzo reconociendo el desafío que representa hacer algo diferente cuando se ha puesto el listón tan alto. Después le fue resultando más fácil distanciarse un poco de él y más fácil reengancharse a las cosas que le interesaban a ella. Alicia describió lo sucedido después de unas cuantas noches de no besar a Dave a la hora de irse a dormir. Él llegó a casa tarde y encontró a Alicia leyendo un libro. Intentó captar su atención, pero ella estaba realmente absorta en su lectura y cuando Dave vio que no le hacía caso, se sintió inquieto. Esa noche, un poco más tarde, hubo sexo.

Alicia, en camino de recuperar su propia vida, volvió al trabajo. No perdió su seguridad en la intensidad del amor del uno por el otro. Dave dijo que empezaban a reaparecer los sentimientos de antes por Alicia. Y pronto su relación sexual se revitalizó. Los dos afirmaron que se habían vuelto a enamorar el uno del otro. En esencia, cada uno le había dejado al otro espacio para que pudieran redescubrirse mutuamente.

A veces la falta de deseo está relacionada con antecedentes de abusos sexuales. Éste era el caso de Nadia, quien, como recordarán, no sentía nada cuando tenía relaciones sexuales con su marido, Iván. Que no hubiera habido sexo en seis meses a ella no le molestaba, pero él amenazaba con divorciarse, y por eso, después de que la ginecóloga le asegurase a Nadia que no le pasaba nada físicamente, acudió a Scott en busca de ayuda para resolver «su» problema.

Nadia se dio cuenta de que salvar su matrimonio comportaba sexo más frecuente con Iván, pero que hasta que se lo preguntó Scott ella no había ni siquiera considerado la posibilidad de que fuera algo de lo que disfrutar. Dijo que si era posible experimentar placer, entonces, sí, a ella le gustaría sentirlo.

Mientras realizaba el historial sexual, Scott le preguntó qué hacía la pareja para convertir el sexo en una experiencia placentera. Al principio, esta conversación le resultó difícil a Nadia, pero finalmente pudo explicar algunos detalles que resultaron muy importantes. Desde los 13 a los 16 años sufrió asaltos sexuales de manera continuada por parte de un primo suyo adulto que vivía en la casa con la familia. Éste entraba en su habitación y la forzaba al coito. La amenazaba con hacerle daño si le contaba algo a los padres. Ella tenía miedo y se callaba, y el primo continuó abusando de ella hasta que falleció en un accidente automovilístico.

Durante esos episodios de abusos sexuales, era como si Nadia se congelase y se trasladase después a algún lugar dentro de su cabeza. Aprendió a soportar el sexo sin sentirlo, pero a su primo eso no le disgustó. Para intentar que ella «participara de la experiencia», le decía lo guapa y sexy que era, mientras abusaba de ella, y a veces le compraba lencería atrevida y le decía que se la pusiera.

Después de la muerte de su primo, Nadia se sintió muy aliviada. Empezó a salir con chicos y a ser sexualmente activa, pero solo porque parecía que a ellos les gustaba. Seguía con su hábito de «ir a otro lugar» mentalmente, y para ella el sexo era como una

«experiencia de muerte». Con todo, su falta de interés le otorgó una sensación de poder. Mientras que los chicos perdían el control con ella, Nadia era capaz de permanecer fría y sosegada.

Conoció a Iván cuando tenía veintipocos años; su firmeza y genuino interés por ella hicieron que se sintiera segura. No tenía claro si realmente «le amaba», porque nunca había experimentado sentimientos románticos, y respecto a los sexuales nada había cambiado. Debido a que ahora Iván estaba decepcionado por su falta de interés, hizo un esfuerzo para hacerse a la idea del sexo y empezó a leer novelas románticas con contenidos sexuales. Ésta podía haber sido una buena baza para ellos, de no ser por los hábitos de Iván en la cama. Cuando hacían el amor, a él le gustaba hablar con ella y decirle cuán sexy le parecía. También le compraba lencería atrevida con la esperanza de avivar su interés.

Nadia le contó a Iván los abusos sexuales que había sufrido, pero, temerosa de disgustarle, nunca le explicó todos los detalles. Le pidió que dejara de hablar cuando practicaban el sexo y de comprarle lencería sexy, pero él no le hizo mucho caso. Como Nadia vio que Iván disfrutaba con esas actividades, decidió dejar el tema e intentar salir del paso lo mejor posible.

Después de escuchar atentamente la historia de Nadia, Scott reencuadró su frialdad como un «poder secreto» para desconectar de las sensaciones de placer sexual. Nadia no solo encontró una manera apropiada de hacer frente a los abusos, sino que con ello también demostraba poseer un gran sentido de la sabiduría interior: aquélla era su forma de defenderse. En esencia, de esa forma ella podía decir: «Puedes usar mi cuerpo, pero en realidad no puedes tener relaciones sexuales conmigo».

Ahora, como adulta, Nadia tenía una necesidad nueva, la de descubrir el poder del placer sexual dentro de un matrimonio donde había confianza y amor. Scott expresó su confianza en que esa esperanza se podía hacer realidad, y sugirió que con la participación de Iván en la terapia sería posible trabajar todos juntos para ayudar a Nadia en su descubrimiento. El conflicto era de la pareja, no únicamente de ella.

Nadia pensaba que podría convencer a Iván para que fuese con ella a la siguiente sesión, pero no estaba segura del resultado, porque él no confiaba en los «comecocos». Scott normalizó el escepticismo de Iván como una reacción habitual entre los hombres. Le preguntó después a Nadia si le parecía bien que dedicase algún tiempo a intentar ayudar a Iván a comprender el impacto de los abusos sexuales que había sufrido ella, con el objeto de facilitar las condiciones para que ella llegase a experimentar el placer sexual.

Nadia llegó a la siguiente sesión acompañada de Iván. En un esfuerzo por hacer que se sintiera más cómodo, Scott le agradeció que hubiese acudido y le explicó cuáles eran las razones de haberle invitado a participar: «Nadia me ha hablado de los problemas sexuales que tienen ustedes dos. Mi meta es ayudarla a experimentar un mayor placer con el sexo para que la vida sexual de ustedes dos sea más disfrutable». Animado, Iván dijo que haría todo lo necesario para ayudar, y confirmó lo que había explicado Nadia

acerca de que él le hablaba durante la relación sexual y le compraba lencería sexy. Explicó que sí, que ella le había pedido que no lo hiciera, pero que él creyó que lo hacía por modestia. Pensaba que como a todas las mujeres les gusta saber que son guapas y sexis, a ella le excitaría oírsele decir a él. Y que si ella, con la buena figura que tenía, supiera lo bien que le sentaba la lencería que él le había comprado, con eso bastaría para ponerla a punto.

A lo largo de los años, Iván se había ido volviendo impaciente en el terreno del sexo, se lanzaba al coito sin muchos preliminares. Parecía que eso es lo que Nadia prefería. La quería mucho, dijo él, pero aunque se había acostumbrado a su falta de interés por el sexo, últimamente cada vez lo practicaban menos, hasta el punto de que ya no lo podía aguantar. Había empezado a pensar que no era lo bastante sexy para Nadia y que ella necesitaba otro hombre.

Scott, con mucho tacto, ayudó a Iván a exponer su visión de la historia y reencuadró su dilema a partir de la información que habría recogido durante las dos sesiones: «Iván, el problema que tiene Nadia no tiene nada que ver con lo buen amante que usted pueda ser. Como sabe, ella sufrió abusos sexuales cuando era muy joven, y como resultado de ellos desconectó del sexo. No es algo inusual en mujeres que han sido víctimas de abusos y, de hecho, la reacción de Nadia era de esperar. Esa desconexión tiene que ver con lo que Nadia ha asociado mentalmente al sexo. Las asociaciones mentales también pueden incluir fantasías y la sensación de que esas fantasías son placenteras. Lo que necesita Nadia para excitarse son precisamente esas fantasías placenteras dentro de una relación donde hay confianza como la que tienen ustedes dos. Por desgracia, como pareja, han hecho esfuerzos para resolver el problema que en realidad han reforzado las imágenes sexuales negativas de Nadia. Ha sido como apretar el gatillo. Iván, quizás usted no lo sabe, pero cuando Nadia sufría aquellos abusos, el abusador le hablaba y le decía lo guapa y sexy que ella era, y además le compraba lencería sexy. Sé que usted ha hecho algo similar aunque totalmente por amor, pero el problema es que esas cosas se parecen demasiado a las que sucedían durante los abusos como para que sirvan para librar a Nadia de sus asociaciones sexuales negativas. También sé que cuando ella ha preferido ir al grano en el sexo sin preliminares su intención era buena. Quería complacerle y superar así sus experiencias, pero, una vez más, eso también es demasiado similar a lo que ocurría durante los abusos».

Scott hizo una pausa, y entonces Iván se derrumbó y empezó a llorar. Nadia, a petición de Scott, puso su mano sobre la de Iván, y él dijo que no tenía ni idea de que ella estuviera tan afectada. Scott le explicó que ella había intentado protegerle a él de su dolor. Iván pudo comprenderlo y apreciarlo. Scott procedió entonces a desarrollar un plan terapéutico que incluyese muchos elementos del trabajo de Masters y Johnson. Le explicó a Iván que el tratamiento le exigiría un sacrificio. De entrada, tenía que prohibirle el coito mientras realizaban un programa de entrenamiento progresivo en el placer y eso podía tardar meses. Sería clave para Nadia que no realizasen el coito, con objeto de

aliviar su tensión sexual, porque de lo contrario se podrían reforzar sus asociaciones mentales negativas relacionadas con el sexo. Con todo, la masturbación era perfectamente apropiada si él se sentía demasiado frustrado por la abstinencia.

El programa de placer progresivo de la pareja empezó con hablar de tú a tú, sin tocarse, durante 15 minutos al día, y continuó con las tareas asignadas cada dos o tres semanas de sentarse juntos y tocarse las manos primero, después los cabellos y finalmente el rostro u otras zonas no erógenas. Después progresaron a hacer esto mismo pero sin ropa. Scott puso el acento en que Nadia debería llevar siempre la batuta, de forma que pudiera sentir que tenía el control de la situación y le fuera posible invertir el proceso que la había llevado a albergar las imágenes sexuales negativas. Ella dirigiría las manos de Iván cuando éste la tocara y también practicaría tocándole a él. Scott les pidió después que hablaran de cuáles de esos contactos les gustaban y cuáles preferían. En las siguientes sesiones los tres hablaron acerca de las actitudes de la pareja y de los tipos de actividad sexual con los que se sentían más cómodos.

Nadia empezó a disfrutar el placer del sexo, pero también tuvo la experiencia, por primera vez en su vida, de sentirse enormemente celosa. Le había ocurrido al ver a Iván hablar con una atractiva mujer en la iglesia, y no sabía cómo interpretarlo. Scott lo encuadró como una señal de que se iniciaba un romance en la pareja y advirtió a Iván que era necesario tranquilizar a Nadia y hacerle sentir su amor por ella. Sus celos significaban que ella empezaba a ser vulnerable a él, y necesitaba protección para seguir abriéndose.

Otro avance que se produjo paralelamente tuvo que ver con la sugerencia que le hizo Scott a Nadia en el sentido de si se sentiría cómoda explorando la estimulación sexual, el placer y la excitación ella sola. De esa forma, tendría el control, y siempre podría compartir después sus descubrimientos con Iván y abrirse así a una nueva relación sexual juntos. Nadia dudó un poco y después aceptó dar algún paso en esa dirección. Scott le recomendó un libro y también el vídeo *Becoming Orgasmic* (Heiman y LoPiccolo, 1988), y le pidió que simplemente le echara un vistazo a esos materiales y considerara después qué podría significar para ella abrirse a esa parte reservada de sí misma. Hizo un uso excelente de los materiales y los ejercicios, y se sirvió de ellos para explorar poco a poco su sensualidad.

Scott sugirió en algún momento que ya estaban listos para dar el siguiente paso y realizar el coito. Recomendó la postura con Nadia encima y que fuera ella quien con su mano guiara el pene de Iván hasta introducirlo en su vagina, de forma que sintiera el poder de reducirlo si quería simplemente un trozo de carne caliente.*

La pareja avanzaba bien cuando volvieron para un seguimiento un mes después. Nadia experimentaba placer con el sexo (tanto ella sola como con Iván) y él ya no se planteaba el divorcio. Tenían dos preocupaciones. La primera era que Iván había notado que Nadia no tenía siempre orgasmos con él. La segunda es que ambos se preguntaban si no habría problema en realizar el coito en la postura con Iván encima. Scott les dio

algunas ideas: «El sexo suele ir mejor cuando el objetivo es el placer. Unas veces Nadia tendrá orgasmos y otras veces no. Si se esfuerzan demasiado en conseguir que los tenga, el resultado puede ser que no tenga ninguno. Los dos disponen de muchas formas para conseguir que su pareja alcance el orgasmo. A medida que Nadia las vaya descubriendo ella sola, puede guiarle para que ambos experimenten el uno con el otro. Lo que caracteriza a un buen amante es su capacidad para proporcionarle una experiencia placentera a su pareja. Por desgracia, las películas no lo muestran así».

Con relación a su segunda preocupación, Scott les dijo que eran libres de practicar el sexo de cualquier forma que les apeteciese, mientras fuera placentera para ambos. Añadió que también podían no practicarlo, si no les apetecía. Scott finalizó con una advertencia: «Han llevado a cabo un estupendo trabajo en su aprendizaje de cómo hacer el amor. Incluso así, tienen que hacerse a la idea de que el interés sexual unas veces será más marcado y otras menos». Invitó a la pareja a adquirir algunas revistas eróticas de las que venden en los colmados y a fijarse en qué cosas podían utilizar para añadir un poco de picante a su vida sexual. Aparte de las ideas útiles que podían incluir esos artículos, en todas ellas se dejaba claro que el interés sexual de *todas* las parejas viene y va de una época a otra, aunque en la vida de las personas no haya antecedentes de abusos sexuales. Nadia le expresó su gratitud a Iván por haberla ayudado a abrirse a él y por permitirle descubrir su auténtica sensualidad. Iván se echó a llorar.

Aunque las ideas que guiaron este caso, y todo nuestro trabajo, se derivan de las teorías sistémicas y del construccionismo social, las intervenciones fueron similares a las que emplean los terapeutas sexuales que trabajan en la línea de las corrientes principales con problemas relacionados con el deseo (Pridal y LoPiccolo, 2000) y con cuestiones de abusos sexuales (Maltz, 2001a, 2001b). Lo que hubo de diferente en este caso, y en todos los demás que hemos expuesto, fue que el terapeuta prestó mucha atención a los cambios de primer y segundo orden, y mostró un gran respeto por la relatividad de las realidades en las relaciones sociales. Nadia e Iván habían quedado atrapados en el ciclo problemático de un problema generado por soluciones, que eran tentativas bien intencionadas de negociar su relación sexual. Cuanto más se esforzaban, más empeoraban las cosas. El respeto mostrado hacia sus puntos de vista en el encuadre terapéutico les permitió realizar cambios pequeños pero significativos en sus ideas, sus conocimientos y sus soluciones, y orientarse así hacia la resolución progresiva de la dificultad que compartían.

Un catalizador del cambio en la terapia sexual

La «nueva terapia sexual» siempre ha sido una terapia relativamente breve, pero ha sido criticada por su falta de una teoría de base. En este capítulo, hemos articulado e ilustrado las ideas sistémicas y del construccionismo social que han influenciado el desarrollo del MRI y de las escuelas centradas en la solución, porque estamos

convencidos de que pueden aportar a la terapia sexual el fundamento teórico que les ha faltado. El punto de vista del construccionismo social respeta los contextos y las tradiciones de los clientes, a la vez que reconoce la influencia de la historia del terapeuta. Esta apreciación ayuda a los terapeutas a evitar la tendencia a perpetuar los mitos sexuales implícitos y dominantes, y los supuestos sesgados asociados al género, falocéntricos y heterosexistas.

Como el marco de trabajo teórico del enfoque catalítico es *fundamentalmente sistémico*, es coherente que su planteamiento biopsicosocial sitúe a las personas en los contextos más amplios de sus relaciones. Así, incluso las dificultades que tienen una base orgánica, y las intervenciones que se realizan en esos casos, se encuadran dentro de las relaciones sociales e interpersonales de los clientes. En lugar de centrarse en las partes (una crítica que como recordará se ha dirigido a las corrientes principales de la terapia sexual), el enfoque catalítico de la terapia sexual considera que el contexto de las relaciones tiene una importancia crucial. Como han podido ver a partir de los casos que hemos expuesto y comentado, esta sensibilidad contextual se demuestra muy útil cuando los terapeutas tratan problemas relacionados con el deseo. La naturaleza del problema es más clara y ofrece numerosas intervenciones efectivas.

En este capítulo, hemos combinado la teoría y la práctica. Los editores del libro, Shelley y Douglas, nos dijeron que querían «entrar en nuestras cabezas y en nuestros corazones» para conocer cómo se trabaja desde nuestro enfoque. Este capítulo es una muestra de nuestro pensamiento y de nuestra pasión. Estamos convencidos de que los terapeutas que llevan a cabo su práctica sin una teoría de guía se arriesgan a perder el rumbo y renuncian a su responsabilidad profesional. Por otro lado, una teoría que no se fundamente en la práctica clínica efectiva no es real ni útil.

Como hemos demostrado, las innovaciones a la terapia sexual tradicional se pueden integrar con las de la terapia del MRI y las de los enfoques centrados en la solución. Estamos convencidos de que si unen los dos campos, utilizando las ideas sistémicas y del construccionismo social como puente, los profesionales de ambas corrientes se pueden enriquecer mutuamente. El resultado es el emocionante catalizador de una terapia breve efectiva para las dificultades sexuales.

Bibliografía

- Apfelbaum, B., «Retarded ejaculation: A much misunderstood syndrome», en S. R. Leiblum y R. C. Rosen (comps.), *Principles and practice of sex therapy*, 3ª ed., Nueva York, Guilford Press, 2000, págs. 205-241.
- , «What the sex therapies tell us about sex», en P. J. Kleinplatz (comp.), *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives*, Filadelfia, Brunner-Routledge, 2001, págs. 5-28.
- Bateson, G., *Steps to an ecology of mind*, Nueva York, Aronson, 1972 (trad. cast.: *Pasos hacia una ecología de la mente*, Buenos Aires, Lumen, 1998).
- Cummings, N. A., «Impact of managed care on employment and training: A primer for survival», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 26, nº 1, 1995, págs. 10-15.

- De Shazer, S., *Patterns of brief family therapy*, Nueva York, Guilford Press, 1982 (trad. cast.: *Pautas de terapia familiar breve: un enfoque ecosistémico*, Barcelona, Paidós, 2002).
- , *Keys to solution in brief therapy*, Nueva York, Norton, 1985 (trad. cast.: *Claves para la solución en terapia breve*, Barcelona, Paidós, 2008).
- , *Clues: Investigating solutions in brief therapy*, Nueva York, Norton, 1988 (trad. cast.: *Claves de terapia familiar breve: una teoría de la solución*, Barcelona, Gedisa, 1992).
- , *Putting difference to work*, Nueva York, Norton, 1991.
- , *Words were originally magic*, Nueva York, Norton, 1994 (trad. cast.: *En un origen las palabras eran magia*, Barcelona, Gedisa, 1999).
- , I. K. Berg, E. Lipchick, E. Nunnally, A. Molnar, W. Gingerich y M. Weiner-Davis, «Brief therapy: Focused solution development», *Family Process*, nº 25, 1986, págs. 207-222.
- Fisch, R., J. H. Weakland y L. Segal, *The tactics of change: Doing therapy briefly*, San Francisco, Jossey-Bass, 1982 (trad. cast.: *La táctica del cambio: cómo abreviar la terapia*, Barcelona, Herder, 1994).
- Fraser, J. S., «Paradox and orthodox: Folie a deux?», *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 10, nº 4, 1984, págs. 361-372.
- , «Process, problems, and solutions in brief therapy», *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 21, nº 3, 1995, págs. 265-279.
- , M. Morris, D. Smith y A. Solovey, «Brief therapy in primary healthcare settings: A catalyst model», *Journal of Brief Therapy*, vol. 1, nº 1, 2001, págs. 7-16.
- , M. Morris, D. Smith y A. Solovey, «Applications of a catalyst model of brief therapy in a primary healthcare setting», *Journal of Brief Therapy*, vol. 1, nº 2, 2002, págs. 131-140.
- Gergen, K. J., «The social constructionist movement in modern psychology», *American Psychologist*, nº 40, 1985, págs. 266-275.
- , *The saturated self: Dilemmas of identity in contemporary life*, Nueva York, Basic, 1991.
- , «Toward a postmodern psychology», en S. Kvale (comp.), *Psychology and postmodernism*, Newbury Park, California, Sage, 1992, págs. 17-30.
- , «Exploring the postmodern: Perils or potentials?», *American Psychologist*, nº 49, 1994, págs. 412-416.
- Heiman, J. y J. LoPiccolo, *Becoming orgasmic*, 2ª ed., Englewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice Hall, 1988 (trad. cast.: *Alcanzar el orgasmo: una guía para explorar la sexualidad femenina e incrementar el orgasmo*, Barcelona, Océano, 2000).
- Hoyt, M. F. (comp.), *Constructive therapies*, Nueva York, Guilford Press, 1994.
- Kleinplatz, P. J., *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives*, Filadelfia, Brunner-Routledge, 2001.
- Mahoney, M. J. (comp.), *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research, and practice*, Nueva York, Springer, 1995 (trad. cast.: *Psicoterapias cognitivas y constructivistas: teoría, investigación y práctica*, Bilbao, Desclee de Brouwer, 1997).
- Maltz, W., «Sex therapy with survivors of sexual abuse», en P. J. Kleinplatz (comp.), *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives*, Filadelfia, Brunner-Routledge, 2001a, págs. 258-278.
- , *The sexual healing journey: A guide for survivors of sexual abuse*, edición revisada, Nueva York, Harper Perennial, 2001b.
- Masters, W. H. y V. E. Johnson, *Human sexual response*, Boston, Little, Brown, 1966.
- y V. E. Johnson, *Human sexual inadequacy*, Nueva York, Little, Brown, 1970.
- McNamee, S. y K. J. Gergen, *Therapy as social construction*, Newbury Park, California, Sage, 1992 (trad. cast.: *La terapia como construcción social*, Barcelona, Paidós, 2008).
- Nardone, G. y P. Watzlawick, *The art of change*, San Francisco, Jossey-Bass, 1993 (trad. cast.: *El arte del cambio: trastornos fóbicos y obsesivos*, Barcelona, Herder, 2007).
- Neimeyer, R. A., «An appraisal of constructivist psychotherapies», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nº 61, 1993, págs. 221-234.
- y G. Feixas, «Constructivist contributions to psychotherapy integration», *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, nº 9, 1990, págs. 4-20.
- y M. J. Mahoney (comps.), *Constructivism in psychotherapy*, Washington D. C., American Psychological Association, 1995.

- O'Hanlon, W. H., *Taproots: Underlying principles of Milton Erickson's therapy and hypnosis*, Nueva York, Norton, 1987 (trad. cast.: *Raíces profundas: principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*, Barcelona, Paidós, 2008).
- y M. Martin, *Solution-oriented hypnosis: An Ericksonian approach*, Nueva York, Norton, 1992.
- y M. Weiner-Davis, *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*, Nueva York, Norton, 1989.
- Presbury, J. H., L. G. Echterling y J. E. McKee, *Ideas and tools for brief counseling*, Columbus, Ohio, Merrill Prentice Hall, 2002.
- Pridal, C. G. y J. LoPiccolo, «Multielement treatment of desire disorders: Integration of cognitive, behavioral, and systemic therapy», en S. R. Leiblum y R. Rosen (comps.), *Principles and practice of sex therapy*, 3ª ed., Nueva York, Guilford Press, 2000, págs. 57-81.
- Quick, E. K., *Doing what works in brief therapy: A strategic solution focused approach*, San Diego, California, Academic Press, 1996.
- Reiss, I. L., *An end to shame: Shaping our next sexual revolution*, Nueva York, Prometheus, 1990.
- Rosen, R., «Medical and psychological interventions for erectile dysfunction», en S. R. Leiblum y R. Rosen (comps.), *Principles and practice of sex therapy*, 3ª ed., Nueva York, Guilford Press, 2000, págs. 276-304.
- Walter, J. L. y J. E. Peller, *Becoming solution focused in brief therapy*, Nueva York, Norton, 1992.
- Watzlawick, P., *How real is real?*, Nueva York, Random House, 1976 (trad. cast.: *¿Es real la realidad?: confusión, desinformación, comunicación*, Barcelona, Herder, 2003).
- , *The language of change: Elements of therapeutic communication*, Nueva York, Norton, 1978 (trad. cast.: *El lenguaje del cambio: nueva técnica de la comunicación terapéutica*, Barcelona, Herder, 2007).
- (comp.), *The invented reality*, Nueva York, Norton, 1984 (trad. cast.: *La realidad inventada: ¿cómo sabemos lo que creemos saber?*, Barcelona, Gedisa, 1990).
- , J. H. Weakland y R. Fisch, *Change: Principles of problem formation and problem resolution*, Nueva York, Norton, 1974 (trad. cast.: *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*, Barcelona, Herder, 2007).
- Weakland, J. H., R. Fisch, P. Watzlawick y A. M. Bodin, «Brief therapy: Focused problem resolution», *Family Process*, nº 13, 1974, págs. 141-168.

CAPÍTULO 12

«NO SE PASE DE OPTIMISTA»: JOHN WEAKLAND EN ACCIÓN

Wendel A. Ray y Bárbara Anger-Díaz

El enfoque interaccional de la terapia familiar tenía ya una década de vida cuando en 1965 Richard Fisch, influenciado por las ideas de Don Jackson (1955, 1961), propuso la creación del Brief Therapy Center (BTC) en el Mental Research Institute (MRI) (Fisch, 1965). Con la excepción de un reducido número de pioneros, entre los que hay que destacar a Harry Stack Sullivan, Gregory Bateson, Milton Erickson, Don Jackson, Jay Haley y John Weakland, pocos investigadores o profesionales clínicos se habían ocupado de cómo hacer más efectiva y eficiente la terapia.

El enfoque centrado en la formación y la resolución del problema propuesta por el Equipo de Terapia breve del MRI (Fisch y otros, 1968; Fisch, Weakland, Watzlawick y Bodin, 1972a, 1972b; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974; Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974), es una de las orientaciones más influyentes, sino *la* que más, entre las que se utilizan hoy en día (De Shazer, 1998; Trepper, 1995). El modelo de terapia breve del MRI, precursor de los enfoques postmodernos y del construccionismo social, se desarrolló directamente a partir de la cibernética y de la teoría de la comunicación humana planteada por Gregory Bateson y su equipo durante la década de 1950 (Bateson, 1955; Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956; Jackson, 1957; Jackson y Weakland, 1961). Conceptualmente sencilla, esta orientación se toma en serio la idea de que no son tanto las dificultades de la vida las que llevan a la gente a la terapia, sino sus esfuerzos infructuosos para resolverlas.

Los intentos fracasados de solución de las personas exacerban y perpetúan sin pretenderlo el problema, que queda enredado en un círculo vicioso irresoluble. Así, tiene sentido pensar que, si se interrumpen esos intentos de solucionar el problema, éste se disipará por sí solo.

El modelo del MRI, no normativo y no patologizante, ha demostrado su efectividad en una gran variedad de dificultades de la vida, desde las habituales en el ámbito conyugal y familiar a problemas crónicos y agudos como la ansiedad, el consumo de drogas, la delincuencia, los conflictos sexuales, la depresión, los trastornos de la alimentación, el fracaso escolar y laboral, y diversas enfermedades emocionales como la esquizofrenia (Fisch, Weakland y Segal, 1982; Watzlawick y otros, 1974; Weakland y Ray, 1995; y Weakland, Watzlawick, Fisch y Bodin, 1974). El grupo de Palo Alto

presentó un cuerpo de premisas teóricas y técnicas clínicas que dieron forma a la orientación prototípica a partir de la cual se derivan la mayoría de los enfoques actuales de la terapia breve y la terapia familiar. Este prototipo se desarrolló a lo largo de los últimos cincuenta años, y fue iniciado originalmente por el equipo de investigación de Bateson, refinado después por los trabajos de Don Jackson durante la primera década del MRI, y actualizado más recientemente por los avances del Equipo de Terapia breve del MRI. Éstas han sido algunas influencias de los supuestos y prácticas fundamentales del MRI en los enfoques de la terapia breve actuales:

- aplicación de la teoría de sistemas, de la información y de la cibernética para dar un significado contextual a la interacción humana;
- énfasis en la influencia crucial de la perspectiva del terapeuta;
- aplicación de los supuestos del construccionismo social al trabajo clínico;
- atención a los aspectos pragmáticos (quién hace qué, cuándo y a quién en el presente);
- aceptación y utilización del síntoma y de otras conductas del cliente;
- atención al uso del lenguaje del cliente;
- utilización del cuestionamiento circular tanto en el diagnóstico como en la intervención;
- prescripción de la conducta en un orden de abstracción para dirigir la organización del sistema a otro orden de abstracción;
- uso de la hipótesis centrada en la relación, de la connotación positiva, de los rituales y de las tareas;
- atención a las connotaciones del lenguaje; como se evidencia en el giro verbal intencionado entre «es» y «parece»;
- atención a la importancia de la persona referente.

Éstas son unas pocas de entre las numerosas influencias que los terapeutas e investigadores del MRI han tenido en los modelos actuales que fundamentan la práctica de la terapia breve y de la terapia familiar. Además, muchas de las innovaciones técnicas que ahora son habituales en la práctica clínica —como la utilización de un espejo unidireccional, la realización de grabaciones de audio y vídeo para analizarlas posteriormente, las tareas durante la sesión y entre sesiones, y los equipos terapéuticos y la supervisión en vivo— las introdujo originalmente el grupo de Palo Alto. La implementación de estos avances técnicos ha tenido profundas consecuencias en la manera de concebir y tratar los problemas de la vida humana.

Entre los terapeutas que han formado parte del Equipo de Terapia breve del MRI a lo largo de los años,* John Weakland ha sido uno de los más influyentes. Aunque se han llevado a cabo algunos estudios que incluyen el análisis de las primeras sesiones o de segmentos breves de casos de Weakland como terapeuta, hasta ahora nunca se había publicado el informe de un caso completo de principio a fin.

En este capítulo, se utilizan los conceptos derivados del enfoque interaccional de la teoría de la comunicación y del método de terapia breve que Weakland contribuyó a crear, para analizar una terapia en cinco sesiones que logró buenos resultados, y que Weakland llevó a cabo en 1990. El caso gira en torno a un hombre gravemente deprimido y desesperado porque ya no podía tener y mantener una erección. Weakland supervisó la edición de estas cinco sesiones en una película de dos horas de duración, en un vídeo y en una transcripción casi literal que se incluye como base de este capítulo.

El proceso y la estructura del modelo de terapia breve del MRI está bien documentado en la literatura (véase, por ejemplo, Fisch y otros, 1982) y por tanto no nos alargaremos aquí en su descripción, sino que nos centraremos en algunos de los matices más sutiles, en la lógica subyacente y los recursos retóricos empleados en el método terapéutico de Weakland.*

PRIMERA SESIÓN

John Weakland: Necesito hacerle una pregunta para que podamos establecer una base como punto de partida: ¿Cuál es el problema que le ha traído aquí?

Tom: Siempre tengo la sensación de ganas de ir al baño, pero cuando voy, sólo salen unas gotas de orina; me siento como si nunca vaciara del todo la vejiga.

John: Permítame decirle en primer lugar, y antes de que sigamos adelante, que si tiene que hacer una pausa durante la sesión no dude en hacerla.

Desde el principio, no hay ningún supuesto ni implícito ni impuesto acerca de la naturaleza de la dificultad. Weakland encuadra el intercambio como originado por las dificultades del presente y a propósito de ellas. La intervención se inicia inmediatamente como respuesta a la descripción inicial del problema por parte de Tom: la necesidad constante de ir al baño. El comentario de Weakland personifica los principios básicos del enfoque interaccional: que no es posible no comunicar; y su corolario: que no es posible no influenciar (Jackson, 1965; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967). Al dar inmediatamente permiso a Tom para interrumpir la terapia en cualquier momento que sienta la necesidad de ir al baño, Weakland acepta la premisa de Tom y empieza a trabajar con la posición o encuadre de referencia del cliente. Después de que Weakland le haga esa indicación, transcurre una hora sin que Tom interrumpa la terapia para ir al baño. Éste es el tipo de intervención que en algún momento se llamó «paradójica» (Weakland, 1960).

Tom: De acuerdo. He ido a varios médicos de los que cubría mi seguro médico en dos hospitales diferentes. Me dieron distintas medicaciones, pero no me pareció que funcionaran en absoluto.

John: ¿Debo suponer entonces que le han hecho un chequeo físico y no le han encontrado ninguna causa orgánica que motive lo que le pasa?

Tom: Exacto. Comprobaron si tenía algún problema de próstata, pero no lo tengo. Miraron también si tenía alguna enfermedad de transmisión sexual, pero parece que no tengo ninguna. He probado también otras cosas: un médico holístico y un hipnotizador. Fui además a un acupuntor durante dos meses, pero no me pareció que

sirviera de ayuda.

John: De acuerdo, en el grado que sea, ¿obtuvo algún beneficio de eso durante el tiempo que fue?

Tom: Ninguno en absoluto. He estado enormemente deprimido a causa de lo que me pasa. Nunca me había ocurrido algo así. Siempre había pensado que tenía buena salud. Esto está afectando a mi vida sexual de una manera que nunca hubiera podido imaginar.

Como haría cualquier terapeuta competente, Weakland se asegura de que Tom ha visitado a un médico para descartar que sus dificultades urinarias pudieran tener una base fisiológica. Tom le explica entonces algunas de las cosas que ha hecho para resolver el problema. El enfoque de la terapia breve del MRI sigue las siguientes etapas específicas:

1. Define claramente, en términos concretos, la naturaleza exacta del problema.
2. Determina para quién y de qué forma es un problema.
3. Obtiene información acerca de cómo ha intentado el cliente resolver el problema.

«Es mejor avanzar despacio desde el principio que presionar para activar la intervención antes de que el problema y la forma de manejarlo se haya aclarado y explicitado» (Fisch y otros, 1982, págs. 69-70). Weakland continúa trabajando para obtener una definición clara del problema.

John: De acuerdo. ¿Puede hablarme un poco más del efecto que tiene en su vida cotidiana? Ha mencionado dos cosas además de que siente la necesidad de orinar más a menudo: principalmente la depresión y el efecto de ésta en su vida sexual. ¿Puede explicarlo un poco más?

Tom: Bueno, me cuesta mucho mantener la erección. Me refiero a que puedo tenerla; es solo que necesito muchísimos preliminares. Nunca había tenido problemas de erección, aunque la sensación de correr al cuarto de baño en cualquier momento siempre está. Tengo que decir que es más bien el *apremio*. Soy capaz de aguantar bastante hasta que llega un momento en que ya no puedo más y tengo que ir. Puedo refrenarme, pero la sensación siempre está ahí.

John: Mmm. ¿Puede hablarme un poco más de por qué eso le deprime? Entiendo que ese tipo de problema no le hace precisamente feliz, pero personas diferentes viven la infelicidad de formas distintas. Por ejemplo, alguien podría sentirse enfadado o irritado por ello, pero usted dice que sobre todo le deprime.

La palabra «depresión» parece específica, pero ha sido definida de una forma vaga y diversa; por eso, Weakland, coherente con su enfoque, continúa haciendo preguntas hasta que comprende lo que significa para Tom.

Tom: Supongo que tiene mucho que ver con mi vida sexual. Es una sensación de falta de confianza. Siempre he sentido que el sexo es una parte importante de mí... Mi sexualidad era muy intensa y como ya no tengo erecciones, he perdido cierto grado de confianza. Hay días en que casi me siento castrado.

John: ¿Ha restringido, limitado su actividad sexual... o...? ¿Cómo era antes y cómo es ahora?

Tom: Ahora es una vez cada quince días lo que antes era casi cada día.

Se entiende que el problema tiene por lo menos tres aspectos: 1) una urgencia constante de orinar, 2) un cambio en la capacidad de Tom para tener y mantener una erección, y 3) sentimientos asociados de depresión a causa de los efectos que tiene en su vida. Y Weakland no los minimiza. Como dijo una vez uno de sus mentores: «Nadie

quiere un dolor de cabeza insignificante; ya que hay que soportarlo, que sea tan colosal que solo lo pueda aguantar el que lo padece. El orgullo humano es curiosamente así de bondadoso y consolador» (Erickson, 1967, pág. 422).

Cuando ya ha obtenido una imagen adecuada, aunque preliminar, del problema, Weakland reconoce la gravedad de éste y se dispone a dar el siguiente paso: explorar cuáles han sido los intentos de Tom para manejar el problema, y fijarse especialmente en aquellos que no han funcionado.

John: Bueno, eso es un cambio considerable. ¿Qué ha hecho para intentar resolver, o al menos mitigar, ese problema? Cuando pregunto qué ha hecho, me refiero a cuáles han sido sus intentos. Y permítame aclarar que no le pregunto por las cosas que han salido bien, porque entonces obviamente usted no estaría aquí. Es importante que yo conozca también los intentos que no han dado fruto.

Tom: ¿Se refiere a algo diferente a ir a ver a varios médicos y demás? Me he replegado más en mí mismo. Ya no soy tan sociable como antes. Es como si intentara mantenerme ocupado constantemente, como forma de hacer frente a esto pero sin que haya ocasión para reflexionar, porque si pienso en ello me deprimó mucho.

John: De acuerdo, ahora me va quedando más claro. Y, por cierto, si en algún momento le parece que no le entiendo bien, no dude en llamarme la atención.

Weakland a menudo invita a sus clientes a corregir cualquier malentendido por su parte. Esto contribuye a asegurar una clara definición del problema, y comporta que ambos, el terapeuta y el cliente, asuman la responsabilidad por los progresos terapéuticos. También coloca a Weakland en la posición «inferior», clásica del MRI y diseñada para aumentar la comodidad de los clientes y facilitar que se expresen.

Tom: Claro.

John: ¿Es como si usted intentase mantenerse ocupado para alejar el problema de su mente?

Tom: Así es.

John: Ha mencionado que no está mucho en casa. ¿Me lo puede explicar un poco más?

Tom: Sí, tengo interés por la cultura, así que voy al cine y al teatro. Y practico mucho más ejercicio. Siento la necesidad de ir de aquí para allá. Me ayuda a relajarme, me hace sentir que estoy haciendo algo y que no he abandonado la esperanza, porque necesito encontrar una solución a esto. En el pasado, cada vez que parecía que había una posibilidad de tratamiento pero no funcionaba, me deprimía aún más. Así que necesito algún tipo de esperanza.

John: Pero, como usted ya ha pasado por esa experiencia, y más de una vez, tengo que sugerirle, aunque con esto no quiero decir que no debe albergar esperanzas (*levanta los brazos y las manos con las palmas hacia fuera, y hace gestos para indicar «pare» o «afloje»*), que tampoco se pase de optimista esta vez y que se prepare para una posible gran decepción.

Hasta aquí Weakland formula preguntas que puedan ayudarle a aclarar las interpretaciones o afirmaciones de Tom, con el fin de fomentar la cooperación. En respuesta a la necesidad que expresa de albergar alguna esperanza, Weakland hace lo contrario de lo que harían muchos terapeutas con otro tipo de orientación: en lugar de tranquilizar a Tom intentando transmitirle una esperanza de mejoría, le anima a rebajar sus expectativas. Al sugerir que no espere mucho, Weakland intenta adelantarse a la posibilidad de más fracasos, por si se diera el caso de que se produjera alguno. De esta

forma, proporciona a Tom lo que el equipo del MRI describe como esperanza implícita, y crea así un contexto donde existe una mayor probabilidad de que se produzca alguna mejoría.

Tom: Bueno, se trata de poner los pies un poco más en el suelo.

John: Quizá podría llamarlo así. Si piensa en ello durante sus salidas, aunque probablemente estará demasiado ocupado para pensar, puede hacerlo con una actitud de escepticismo positivo. Eso sería sano. ¿Habla consigo mismo? Esto es algo que las personas suelen hacer cuando tienen un problema. ¿Hace usted algo así?

Aquí Weakland evita contribuir inadvertidamente a que Tom desarrolle una falsa sensación de esperanza, reinicia la tarea de conseguir que él describa con detalle sus intentos de resolver el problema, y busca conocer qué se dice Tom a sí mismo en esa situación. Posteriormente, la exploración de sus intentos de solución se ampliará a otros aspectos de su vida.

Tom: Una parte de mí me dice que esto no es nada comparado con lo de otras personas, especialmente con las que tienen sida, y con lo que nuestra gente tiene que pasar. Pero es mi vida y es esencial para mí, así que intento animarme diciéndome que me ocurra lo que me ocurra yo continúo siendo una persona estupenda, pero...

John: Sí, aunque se me ocurre que su referencia a que «no es un gran problema comparado con el sida», en lugar de hacer su dificultad más pequeña, la hace más grande.

Tom revela muchas cosas con su declaración. Descubre una de las formas en que él ha contribuido sin darse cuenta a la perpetuación del problema: decirse a sí mismo que no hay para tanto comparado con los problemas tan graves que tienen otras personas. Su afirmación: «... el sida y lo que *nuestra* gente tiene que pasar...» lleva implícito que es gay. En la grabación de vídeo se puede ver que Tom observa muy de cerca la respuesta de Weakland. Éste, siguiendo los pasos de otro de sus mentores, Don Jackson, encarna la esencia de lo que se considera una orientación no normativa, no patologizante: la creencia de que al cliente no le pasa nada malo, que está haciéndolo lo mejor que puede teniendo en cuenta su situación y sus relaciones. Esta actitud absolutamente acrítica se transmite sutilmente cuando Weakland, con moderación, deja al descubierto que hablar consigo mismo de esa forma tiene como consecuencia que sea imposible ganar.

Tom: Ya sé, ya sé.

John: Bueno, habitualmente preguntamos también qué le han aconsejado otras personas o qué han hecho los demás para intentar ayudarle. Pero, por lo que usted dice, aquí no sería en absoluto aplicable, porque no habla de esto con otras personas, aparte de con los médicos y el hipnotizador por los que se hizo visitar.

La pregunta está estructurada de una forma que desalienta una respuesta para en realidad provocarla, un método de recabar información adoptado por Erickson y Jackson, y del que fueron pioneros Weakland y sus colegas.

Tom: Bueno, ya no voy al hipnotizador, sólo fui una o dos veces.

John: No, no, me refiero a que usted solo ha hablado con...

Tom: He hablado con mis amigos más íntimos porque necesitaba compartir esto con ellos, porque me está afectando y ellos notan que estoy muy diferente porque me retraigo más, porque hablo menos y porque tengo más ganas de estar solo que antes. Hablo con ellos, y ellos dicen, en fin, ya se imaginará, les sabe mal por mí. Dicen que, bueno, ya surgirá algo. Y otros piensan que tengo que vivir con esto.

John: No... me queda muy claro. Cuando usted habla consigo mismo o se da consejos, no sé muy bien qué es lo que se dice.

Tom: ¿Cuando hablo conmigo mismo?

John: Sí.

Tom: Que todavía soy... quizás es una sensación de que no soy... porque parece que mi sexualidad está dañada a causa de lo que me pasa. No soy... una persona tan atractiva y deseable. Y me digo a mí mismo que pase lo que pase, en fin, siempre seré un individuo atractivo y deseable.

John: Bueno... permítame que le haga... una... pregunta que... desde luego es hipotética en este momento... aunque es más bien difícil, creo que podría ser útil. Supongamos que de alguna manera usted llega a la conclusión de que básicamente este problema nunca se va a resolver. Digamos que permaneciese tal como está ahora. ¿Qué diferencia representaría eso en su vida cotidiana? En este momento, usted tiene el problema, pero, y por supuesto es comprensible, alberga la esperanza de que se resolverá. Supongamos que usted llega a la conclusión que le sugiero.

Al nombrar el peor temor de Tom, Weakland explicita lo que conllevan implícitamente sus intentos de solución, y así prepara el terreno para recabar información acerca del contexto en que el problema y la solución ensayada eran coherentes.

Tom: Ya no quería seguir viviendo.

John: ¿Desde cuándo ha dicho que le sucede esto?

Tom: Desde junio de 1988.

John: Ah, ¿ocurrió algo especial por esa época que a usted le parezca que tiene algo que ver con esto?

Tom: Mantenía relaciones sexuales con una persona y..., eyaculé en su boca.

John: Mmm

Tom: Y eso fue todo. Y... parece que empezó justo entonces.

John: Me preguntaba si aparte de... da igual con quién se fuera a la cama usted, si habría otras, llamémosles excepciones, a... la situación del problema. ¿Hay períodos en que usted se dé cuenta de que no pasa nada, aunque sea temporalmente?

El problema de Tom se había definido en términos claros y concretos, sus esfuerzos para resolver el problema se habían descrito con detalle, y se había explicado lo que Tom suponía —y el contexto en que emergió el problema—. Weakland pasa entonces a averiguar en qué momento la situación no ha sido un problema, una técnica que actualmente es fundamental en la terapia breve centrada en la solución. Siembra la idea de que hay ocasiones en que el problema es menos restrictivo. Al utilizar la frase «se dé cuenta», Weakland invita a Tom a contemplar la probable existencia de otras excepciones de las que no es consciente en ese momento. Si encuentran una, eso comportará que existen más.

Tom: Cuando estoy ocupado, ¿sabe? Mientras estoy ocupado no soy tan consciente de eso, no me doy cuenta en absoluto.

John: Cuando los problemas cambian, o están en proceso de resolverse, habitualmente no se solucionan de la noche a la mañana. A veces ocurre así con algunos problemas, pero lo más frecuente es que los progresos se produzcan paso a paso. Ah, permítame que le haga lo que podría parecer una pregunta sencilla pero que

en realidad no lo es, no es tan fácil. ¿Cuál... cuál sería el primer indicio... de progresos? Y si... cuando usted viera que sucede... ¿le llevaría eso a decirse a sí mismo: «Bueno, ya he pasado lo peor»? Y, piense un poco. ¿Hay algo en particular que si usted viera que ocurría ahora lo consideraría un primer indicio?

Tom: (*Silencio*).

John: Y, en primer lugar, sería útil si pudiera... pensar en esto un poco más hasta que nos veamos de nuevo la próxima vez. No deje que esto interfiera en su viaje a Europa, pero si tiene algo de tiempo antes de partir, o justo después de volver, piense en ello un poco más, y, otra definición posible podría ser... ¿hay algo que usted no haga ahora y que si hiciera aunque fuera una sola vez le haría decir: «Esto es un cambio», y me haría decir a mí: «Esto es un indicio de un paso en la dirección correcta»?

Weakland cierra la primera sesión con la asignación de tareas entre sesiones que se convirtió en estándar en las primeras entrevistas de la terapia breve del MRI. La intervención orientada al «primer indicio de mejora» es otro legado de la influencia de Milton Erickson en Weakland, que siembra la idea de que la mejoría es posible y orienta al cliente a buscar pequeños indicios de ella. Esta cuestión también forma parte integrante del enfoque de la terapia breve centrada en la solución.

Tom: Mmm, bueno, ya sabe, en lo que puedo pensar ahora mismo es en que tuviese ganas de una cita, o de sexo con alguien. Eso sería algo que querría en algún momento.

John: De acuerdo, creo que sin duda eso sería un indicio, pero quizás uno bastante grande porque, ya sabe, casi estaría donde estaba antes. Así que sigo pensando que sería útil pensar un poco en qué podría ser... una primera cosa en esa dirección, antes de poder decir: «Bueno, quiero salir y me siento seguro y no estoy preocupado por eso».

Los clientes, igual que hace Tom, siempre responden a una pregunta acerca del «primer indicio de cambio» con descripciones de mejoras radicales. Weakland sugiere entonces que piensen en cosas pequeñas.

John: Usted ha identificado la época en que empezó el problema, pero lo que aún no hemos aclarado es si se inició a partir de ahí poco a poco y fue a más, o empezó de repente.

Tom: Empezó de repente.

John: De acuerdo.

SEGUNDA SESIÓN

John: Bueno, hace casi un mes desde la última vez que nos reunimos... Quizá quiera informarme de cualquier cosa significativa que haya sucedido en ese tiempo.

Los terapeutas del MRI piensan *cibernéticamente*: atienden a la forma en que los comportamientos del cliente están conectados de manera recurrente. Como trabajan para fomentar una relación de cooperación, hay contingencia entre lo que eligen al principio de una nueva sesión y lo que ha sucedido desde la última.

Tom: Bueno, como le dije, me fui de vacaciones a Europa con mi madre, y había que prepararlo todo. Estuve allí tres semanas y después pasé cinco días con ella en Texas, que es donde vive. Ha sido el gran acontecimiento del mes. No es que vaya a menudo a Europa (*risas*). Ha estado bien el viaje.

John: Bueno, se me ocurre una cosa, considerando la naturaleza de su problema, ¿qué tal es pasar mucho tiempo en el autobús?

Tom: Ah, déjeme que... supongo que lo que quizá no dejé muy claro es que no... Lo aguanto... No es que... Puedo aguantarme. No es que tenga que correr al baño constantemente... No es, no fue realmente un problema cuando iba en autobús.

John: Esto me recuerda otra pregunta. Usted dice que usualmente puede aguantar; me preguntaba si ha perdido alguna vez el control y se ha mojado.

Tom: No.

Los terapeutas breves del MRI prestan atención y aceptan *cualquier* indicación de mejoría. Weakland señala que Tom es capaz de pasar largos períodos en el autobús.

John: De acuerdo. ¿Ha tenido ocasión de pensar un poco más sobre lo que podría ser una primera señal de progreso?

Tom: Mmm, supongo que no he pensando mucho en ello. Ya sabe, como le dije, he estado muy ocupado, y no he dedicado tiempo a pensar sobre el asunto. Mmm, una primera señal de progreso... Mmm, supongo que en lo único que puedo pensar ahora es que no estaría centrado en lo que me pasa. Sería algo natural. Sería como yo era antes de que empezara todo esto. No sería en absoluto consciente.

John: ¿Eso sería la señal final, o algo parecido, de que se producen progresos?

Una vez más, se invita a Tom a pensar a pequeña escala y a centrarse en la posibilidad de la mejoría.

Tom: Eso sería la señal final... Supongo que la primera señal sería no preocuparse tanto, quizás estar más relajado con respecto a ello.

John: Quería preguntar también... cuando nos reunimos la otra vez, básicamente usted mencionó dos aspectos principales del problema: el apremio para orinar y las dificultades sexuales, o inseguridades... una falta de confianza que parece haber surgido a partir de esto. Bueno, un par de cosas. Uno de mis colegas se preguntaba si esta falta de confianza es más bien generalizada o está limitada concretamente a la situación sexual.

Weakland continúa aclarando la definición del problema por medio de identificar sus diferentes aspectos —presión para orinar, dificultades sexuales y falta de confianza—, y después, con la ayuda de Tom, estrecha el foco del tratamiento.

Tom: A la situación sexual.

John: Supongamos, hipotéticamente, que el aspecto sexual de todo este asunto se resolviera de una forma que le dejase razonablemente satisfecho, sin que se diera un cambio específico en el problema urinario. ¿Hasta qué punto eso representaría una diferencia para usted?

Tom: Yo diría que... la diferencia sería significativa.

John: ¿En qué porcentaje? Sé que se trata solo de hacer una estimación afinada, pero...

Tom: Yo diría que alrededor de un 75 %.

John: ¿Alrededor de un 75 %? De acuerdo. Entonces es la principal preocupación, representa por lo menos tres cuartas partes de la totalidad.

Tom: Sí, un 75 %.

Los terapeutas del MRI a menudo piden a los clientes que hagan una estimación, en términos de un porcentaje, de «hasta qué punto las cosas serían diferentes» si hubiera un cambio (Fisch y otros, 1982). Aquí Weakland utiliza esta técnica para definir, junto con

Tom, una dirección clara para la terapia: la resolución del «lado sexual de todo el asunto» hasta la «razonable satisfacción» de Tom.

John: Bueno, entonces en este caso en concreto me gustaría tener una imagen más definida de cómo empezó todo esto. Ya sé que ha aportado cierta información al respecto, pero hay una serie de cosas que me parece que aún no tengo claras. Usted relacionó el inicio de todo esto, de todo el problema, con una situación sexual en la que usted eyaculaba en la boca de otra persona. Me preguntaba qué le llevó a atribuir un significado particular a esa situación.

Para obtener la cooperación de Tom, Weakland necesita una comprensión más exacta del punto de vista y sistema explicativo de Tom, lo que los terapeutas del MRI llaman la «posición del cliente».

Tom: Número uno, que era consciente de que en realidad no quería hacerlo. Y... la otra persona estaba ebria en aquel momento. Supongo que el tema del sexo seguro me pone muy... ansioso. Y yo no quiero tener nada que ver con algo que se pudiera transmitir a otra persona. Aunque probablemente no sería posible pasarlo de esa manera, siempre existe una pequeña posibilidad de hacerse un corte o algo parecido. Supongo que es, era, una parte de mí la que no quería hacerlo porque la otra persona no estaba en condiciones de, supongo, juzgar las cosas con claridad. Y era difícil parar...

El ataque de conciencia de Tom desafiaba su integridad personal y aparentemente la manifestación psicológica era la impotencia sexual. Un terapeuta breve del MRI con toda probabilidad no hubiera recurrido a este tipo de interpretación directamente.

John: Parar antes de acabar.

Tom: Parar antes de acabar, sí. En realidad, justo después de acabar es cuando empecé a sentir este apremio. Y... ya había tenido esto antes, siempre ha existido... ya sabe, la gonorrea transmitida sexualmente, u otras cosas inespecíficas, cosas parecidas.

John: Mmm.

Tom: Y siempre ha sido una de las cosas que causaba esto que me pasa. Ya ha ocurrido en el pasado.

John: ¿Ha tenido esta dificultad antes?

Tom: Cada vez que me ha ocurrido he podido conseguir algún tipo de antibiótico...

John: De acuerdo.

Tom: ... para esto, y siempre me ha parecido que funcionaba. Esta vez pensé que algo era diferente. Me daba cuenta de que había algo distinto como resultado de esto... puede que no fuera inmediatamente a continuación, pero me daba cuenta, ya sabe... que significa, probablemente significa que tengo algún tipo de gonorrea o algo así. Pero fue, digamos, en las dos horas siguientes a lo que sucedió cuando me preocupé. Me parece que siempre que uno intenta masturbarse, la mente solo piensa en una cosa. Pero mi mente, cada vez que intentaba masturbarme, se centraba en ir al baño, y yo iba al baño a orinar y entonces seguía necesitando orinar aunque no salía nada. Así que mi mente no podía concentrarse...

John: Mmm.

Tom: ... en un objeto o algo que pudiera utilizar como modelo para mis fantasías. Así que cada vez que lo intentaba... no podía reprimirlo y como resultado parecía que nunca podía conseguir tener una erección. Pude eyacular... pero con mi pene muy blando en todo momento.

John: Y, en esos primeros tiempos, ¿usted estaba, una vez más, buscando algún tipo de tratamiento para el aspecto urinario del problema, con la idea de que podía ser como en ocasiones anteriores?

Tom: Sigo recurriendo a diferentes medicamentos...

John: Sí, pero nunca logró nada con eso.

Tom: No.

John: En lo que podríamos llamar la evolución de los primeros estadios de este problema, usted ha mencionado lo que pensaba y lo que sentía entonces, y su dificultad para masturbarse. ¿En qué momento más o menos averiguó que esto... parecía que también causaba dificultades con una pareja?

Tom: Fue a partir de mis..., mis..., no lo sé, no diría de mis fracasos para masturbarme, porque sí que me masturbé.

John: Bueno, pero no le fue muy bien.

Tom: No, no. No quería tener ninguna pareja en absoluto. Y cuando finalmente encontré a una... me fue difícil tener una erección... y no eyaculé. Uno de los médicos a los que fui, no recuerdo su nombre, me dio unas pastillas, y me ayudaron a tener una erección. Así que a la vista del resultado, volví a ver a un médico y también me dio unas pastillas. Creo que era algo así como de una a tres pastillas dos horas antes de cuando anticipaba que iba a haber sexo. Y sin duda me fueron bien. Así que eso es lo que he estado haciendo, pero con muy poca frecuencia. Simplemente no he tenido verdadero deseo de tener una pareja sexual.

Weakland ha alentado a Tom a elaborar las consecuencias personales e interpersonales del problema, y pasa después a explorar sus esfuerzos para conseguir una mejoría.

John: Alguna ayuda... ¿de qué otras maneras ha intentando abordar ese aspecto del problema y solucionarlo?

Tom: Bueno, ya he mencionado la acupuntura...

John: Sí...

Tom: ... en dos clínicas diferentes... ha dicho abordar, ¿se refiere a lo sexual?

John: Sí. Supongo que pienso en eso lo primero, aunque usted no lo hizo. Usted no dijo: «Voy a mantenerme apartado durante un tiempo» inmediatamente, sino después de que hubiera pasado bastante rato. Me preguntaba qué intentos había hecho, aparte de tomar las pastillas que le dio el médico, para ver si podía mejorar las cosas. Para al menos conseguir que las cosas fueran como antes, o como mínimo mejores que en su peor momento.

Tom: No hice nada más aparte de intentar evadirme de una forma u otra... con la comida... orgías de comida. Me gusta mucho el cine, así que veía películas cada dos por tres, leía, escuchaba música, simplemente me relajaba y, supongo que hay una parte de mí que intentaba convertirme en lo menos atractivo posible... porque así no tendría que lidiar con la cuestión sexual. Y una gran parte de eso tenía más que ver con escapar. Así que no intenté otras cosas aparte de tomar pastillas.

John: Más con escapar... Usted dijo: «Entré allí para ver si de una forma u otra todavía podía hacerlo». Creo que usted está haciendo alguna referencia a... que usted... Ya sé que usted... usted no confiaba en que pudiera tener una erección aún con muchos preliminares.

El estilo de interacción de Weakland, parecido al de Colombo, con muchos titubeos y rodeos, personifica la posición «inferior», y potencia a Tom para que le proporcione la oportunidad de rellenar los huecos. Esto representa una inversión de la disposición convencional con que los clientes llegan a la terapia. La gente acude con la esperanza de que les ayuden; Weakland posibilita así que sea el cliente quien le ayude *a él*.

Tom: Sí, pero eso fue todo, sucedió, sucedió una vez que hubo preliminares, solo una vez, en una ocasión...

John: De acuerdo, fue un caso excepcional. ¿Usted sobre todo se mantenía alejado de todo eso? ¿Mejor no intentarlo que exponerse a una decepción?

Tom: Exacto... era más bien eso.

Una vez que Weakland conoce la estrategia de evitación de Tom, puede centrarse más en la cuestión de «un primer indicio de mejoría», y empezar a construir una tarea que sea adecuada asignarle.

John: Volviendo a la cuestión de cuál podría ser un primer indicio de progreso, y, hasta cierto punto, esto es siempre más difícil de lo que podría parecer a simple vista, aunque podría serlo aún más en una situación en que, esencialmente, y por razones comprensibles, usted está evitando lo que podría ser una ocasión de prueba. Así, ¿cómo lo sabrá, incluso cuando esté listo para hacer otra aproximación? ¿Cuál sería el...? Y si usted viera que sucede, ¿tendría confianza... o estaría en camino de conseguir la suficiente confianza como para decir: «Mire, creo que estoy preparado para salir ahí fuera y ver qué tal me va»?

Weakland, basándose en la cuestión de la «confianza» de Tom, le pregunta por más señales específicas, concretas.

Tom: Supongo que para mí tiene que ver con, quizá, la soledad. Quiero decir que hasta cierto punto me he acostumbrado a la seguridad y comodidad que conlleva no intentar hacer frente a lo que me pasa, porque, ya sabe, como mencioné la semana pasada, a veces tengo pensamientos muy pesimistas sobre eso. Y paso por un período de buscar verdaderamente alguna respuesta, o gente que me apoye, y estoy pasando por un montón de cosas. Y después de un tiempo estoy harto de ir al médico cada dos por tres. Y hay una parte de mí que dice «ya basta». Quiero retirarme a mi pequeño mundo que yo he convertido en confortable. Pero también me siento muy solo. Pero la soledad, ya sabe, después de un tiempo... una vez que sienta realmente la necesidad de un contacto íntimo, en ese momento sé que me forzaré a buscarlo.

John: Una pregunta... ¿Puede pensar en alguna cosa que si ocurriese ahora le haría decir que eso es un paso hacia la recuperación de la confianza, o que es una señal de que ya ha dado ese primer paso, aunque no sepa cómo lo ha hecho?

Con la elaboración de la tarea asignada relacionada con la «primera señal», Weakland continúa sembrando la posibilidad de la mejoría, ahora centrada específicamente en la parte que, como Tom ha identificado, tiene que ver con la confianza.

Tom: Supongo que una parte de eso... Creo que... Quiero decir que la primera cosa que se me ocurre es sentir que me atrae alguien que también se siente atraído por mí. Supongo que toda la cuestión gira en torno a que ahora me siento muy poco atractivo a causa de lo que me pasa. Me refiero a que todo va por dentro. Lo sé. No influye en cómo me ve la gente que me encuentro por la calle. Pero yo me siento falto de atractivo a causa de esta situación y supongo que si notara que alguien me encuentra atractivo y me lo transmitiese de alguna forma... entonces creo que eso lo reviviría todo, ya sabe, sería como apretar los botones del pasado, en términos de cómo me relacionaba sexualmente con otras personas.

Weakland afronta una vez más el reto de responder al creciente entusiasmo de Tom, que se evidencia en la expresión: «eso lo reviviría *todo*». En un artículo publicado en 1961, Jackson y Weakland exponían que no tiene valor terapéutico alentar a los clientes en momentos como éste. Posteriormente, Weakland y sus colegas (Fisch y otros, 1982) explicaron que alentarle así simplemente sería repetir otros intentos de ayudar al cliente (es decir, animarle dándole falsas esperanzas).

John: Mmm. Estaba pensando en que desde luego entiendo la importancia de lo que dice, pero... ¿cómo lo sabe? Y ésta podría ser, hasta cierto punto, una... pregunta injusta, pero no creo que nunca se haya... descrito concretamente cómo una persona sabe, o piensa que sabe, que otra está interesada en ese aspecto de ella, aunque supongo que digo esto porque si usted tiene una disposición mental algo negativa, se me ha ocurrido que podría ser peligroso que alguien estuviera muy interesado en usted, pero que usted lo descartara, de manera que ninguno de los dos lo notara, o que usted dijese: «Ah, eso parece, pero no puede ser verdad».

Weakland limita que Tom avance demasiado rápido por medio de sugerir que su problema de confianza probablemente evitaría que pudiese evaluar de forma adecuada el interés de la otra persona por él. Al hacer esto, fomenta la habilidad de observación de Tom.

Tom: Generalmente se me da bastante bien notarlos... ya sabe, por supuesto estoy seguro de que hay señales que se me escapan. Me muevo en un terreno donde la gente me dice que soy agradable o que soy una persona cálida y... mucha gente lo dice, pero lo hace... gente que no necesariamente se siente atraída por mí. Pero... si alguien dice alguna cosa así, y es una persona por la que me siento atraído, entonces, conociéndome como me conozco, quizá le haga algunas preguntas para averiguar si hay algo más aparte de simplemente considerarme una persona agradable, y si ese alguien estaría interesado en hacer, conmigo, alguna cosa fuera, fuera del trabajo, o algo así.

John: De acuerdo. Así que comportaría algún intercambio, una conversación, no sería simplemente algo así como que usted capta las vibraciones de...

Tom: Exacto. Sí.

John: Sí, estaba pensado que lo que usted ha dicho en otro momento, acerca de que antes de hacer ese viaje se había retraído, y, ya sabe, puedo entender que tenga alguna razón para ello. Al mismo tiempo, eso le colocó en una situación que incluso aunque ahora hubiese una posibilidad de algo positivo con otra persona... pero no puede haberla, porque usted no se relaciona con nadie.

Lo que me gustaría que hiciera es realizar a propósito alguna salida, a cualquier entorno social de su elección, pero de una forma concreta. La idea es que saliese con otras personas en las que usted pudiera estar interesado, o que pudieran estar interesadas en usted, pero en esa ocasión estrictamente solo para explorar y observar. Para observar y considerar dos cosas: una, cualquier indicio que usted decida que va a tener en cuenta, verbal o de otro tipo, acerca de si las otras personas están o no interesadas en usted. Pero además, si observa la presencia de alguna de esas señales, también se observará a sí mismo y se preguntará: «¿Estoy verdaderamente interesado en intimar con esta persona o personas?».

Las... diversas razones... una que ya hemos comentado, hasta qué punto al replegarse en su casa... que le aporta más comodidad inmediata, se está perdiendo la oportunidad de comprobar si está o no haciendo progresos. Si hay alguien fuera en quien usted pueda estar interesado, eso sería algo que aumentaría su confianza. Así que por un lado, ésta es una razón importante para estar en contacto con otras personas.

Y por otro lado, hay razones claramente importantes para moverse despacio en todo lo que sea ir más allá de simplemente observar y recoger determinada información acerca de los demás y de usted mismo. Por un lado, probablemente no sería útil, sino bastante inútil, que usted procediera basándose en la premisa: «Me fuerzo a salir y me enrolló con alguien, aunque no me siento seguro de que ya estoy razonablemente preparado para ello». Ah, y cuando uno intenta dar un salto demasiado grande, usualmente se cae.

La otra cosa es que sería importante ir despacio porque, mirado desde este ángulo, podría ser que usted, aunque la otra persona estuviese dispuesta, fuese más rápido de lo que está preparado para ir. Por ejemplo, usted puede involucrarse con alguien con quien en realidad no quiere estar, pero la soledad nos hace proceder de manera extraña y, de hecho, algo de eso hubo en aquella situación original donde empezó todo esto. Pero, en este momento, hasta cierto punto, su problema puede ser una ventaja, en el sentido de que le frena para que no se mueva precipitadamente cuando salga y entre lo suficiente en contacto con otras personas como para estudiar cómo responden ellas ante usted, y usted ante ellas, sin lanzarse a una acción precipitada.

La terapia está ahora centrada casi enteramente en el aspecto del problema que tiene que ver con la confianza, y que está relacionada con que Tom evita las situaciones sociales. La tarea asignada representa muchos aspectos de las intervenciones pioneras del

MRI a lo largo de los últimos 45 años:

- utilización del lenguaje y la posición del cliente para articular la tarea que se asigna;
- petición de un cambio comportamental, incluida dentro de la sugerencia de no cambiar;
- connotación de que se producirá una mejoría como resultado de ese cambio comportamental;
- encuadre del problema como una ventaja, que permitirá al cliente proceder con mayor cautela;
- mandato específico de «ir despacio».

Completar la tarea asignada le exigirá a Tom responder a dos mandatos intencionadamente contradictorios: 1) realizar un giro de 180 grados con respecto a su intento de solución: evitar la interacción social, y 2) «ir despacio», o, en palabras de Weakland, actuar «sin lanzarse a una acción precipitada». El experimento tiene que ver con fijarse, no con involucrarse.

TERCERA SESIÓN

John: Bueno, la última vez que nos vimos le sugerí que podría ser útil para usted que saliese un poco de casa y se mezclase con la gente, especialmente con aquella con la que usted podría... y observara por un lado el posible interés de esas personas por usted, y por otro el posible interés de usted por ellas. ¿Ha...?

Tom: Sí. Fui a una reunión de amigos, y... conocí a alguien allí y... lo que pasó fue que nos fuimos a casa y yo intenté tener muy presente lo que usted mencionó, pero... supongo que tenía curiosidad por ver lo que ocurría si simplemente me dejaba ir, porque he ido con mucha cautela desde que me ocurre esto. Y... finalmente pasó algo, que realmente me apetecía y que podía controlar, pero, en fin, acabamos por hacerlo, y pude eyacular mientras él estaba allí.

John: Bueno, esto es... interesante, pero es moverse muy deprisa. ¿Fue esta vez la única que usted pudo llevar a cabo la tarea que le asigné? No me ha quedado muy claro si es así.

Tom: Fue la única vez que... he estado enormemente ocupado, y tengo un montón de cosas por hacer, y ésa fue la única oportunidad que tuve en ese momento.

John: Creo que es obvio que estoy un poco preocupado acerca de la velocidad a la que se mueven las cosas, pero... quizá podría contarme más sobre cómo reaccionó usted a todo eso.

Como sucede a menudo después de la asignación de tareas dirigidas a refrenar el cambio del cliente, Tom ha ido mucho más lejos de lo que le sugirió Weakland, y ha acabado involucrándose en una situación sexual íntima. John responde con preocupación a causa de que Tom vaya tan deprisa, y así transmite que existen desventajas potenciales que son inherentes a los avances demasiado rápidos.

Tom: Yo estaba casi en estado de shock... a causa, sobre todo, de que eso estuviera sucediendo, porque parecía que las cosas iban muy deprisa. Y fue, fue con otro..., bueno, esto no ha salido antes y no va a representar ninguna diferencia, pero, soy gay, vale..., fue con otro hombre que conocí en un ambiente de amigos, y acabamos masturbándonos mutuamente... Solo necesitaba conectar de alguna forma, y vi que él solo quería conectar conmigo de una manera, con la confianza. Me sentí distanciado, porque el problema era el mismo.

Yo perdía la erección una y otra vez, y cuanto más me preocupaba, más parecía que... ya sabe, es como si ahora solo pensara en eso constantemente. Antes era algo más bien instantáneo, y ahora lo que me preocupa es cuál va a ser la reacción del otro cuando vea que mi pene está flácido.

John: Bueno, no es que pretenda ser pesimista, pero me pregunto cuál sería su reacción si sencillamente le viese a usted en una situación corriente.

Cuando un cliente muestra alguna mejoría, desde muchos enfoques terapéuticos se sugiere que la respuesta apropiada es valorarla, elogiarla y alentarla. Cuando le sucede a Tom, John hace justo lo contrario, expresa preocupación acerca de que las cosas van muy deprisa y continúa fomentando el cambio por medio de restringirlo. La lógica de la postura de John es sencilla: el cliente a menudo está rodeado por personas que responden valorando y reforzando el menor signo de progreso. Ese tipo de consejo, por desgracia, contribuye a perpetuar el problema más que a atenuarlo.

Tom: Era alguien que probablemente no... era solo, ya sabe, solo un rollo sexual, y era con una persona a la que no creo que tenga interés en volver a ver.

John: Mmm.

Tom: Pero fue muy, fue muy... excitante mientras estaba con él. Pero, al mismo tiempo, ya sabe, habitualmente la demostración de que estoy excitado es que tengo una erección, y no la tuve. En realidad, sí la tuve durante un rato, pero la perdí enseguida. Supongo que cuanto más lo pienso... pero no voy a poder evitar seguir pensando en ello; ahora es parte de mi naturaleza.

John: Había razones para que yo le sugiriese que no solo observara el posible interés de otras personas por usted, sino que también dedicase tiempo a observar el interés de usted por ellas.

Tom: Ha habido unas cuantas personas con las que... ya sabe, con las que entrado en contacto, pero, con sus horarios y los míos no ha habido tiempo, en fin, ya sabe, para desarrollar... en el sentido de quedar... hemos hablado de quedar para vernos. Y de hecho esta semana he quedado con dos personas. Supongo que una parte de mí intentaba encontrar a alguien que pudiera volver a ver antes de venir aquí otra vez y, en fin, más o menos lo hicimos, ya sabe, no sé si eso es bueno o no. Si lo hubiera pensado, probablemente no me hubiera enrollado con ese chico. Pero, en fin, tenía algo que ver con que estuviera disponible en la actualidad.

John: Corríjame si me equivoco, pero tengo la sensación de que... ¿intenta usted forzarse a avanzar... en lugar de seguir el ritmo gradual que yo le recomendé?

Tom: Probablemente, lo hice.

John: ¿Sería justo decir que el resultado ha sido un poco confuso? Ha mencionado que ese episodio fue una conmoción para usted, y parece que hay shocks buenos, malos, y confusos.

Tom: Lo bueno de eso es que alguien se ha sentido atraído por mí... y yo me he sentido atraído por él. Me pareció muy significativo que hubiera gente que se sintiese atraída por mí. Así que en ese sentido, pienso que ha salido algo muy bueno de eso. Sí, me refiero a que en realidad me resultó muy fácil entrar en contacto con otras personas durante la semana pasada. No sé si tiene algo que ver con mi sensación acerca de lo ocurrido el otro día, pero, en fin, anoche fui a un restaurante y conocí allí a un camarero, y después al amigo de un amigo y empecé a hablar con él. Hablamos de quedar para vernos esta semana, pero ya veremos si podemos hacer coincidir los horarios. Yo tengo un horario abierto, pero no sé si él también, no estoy seguro de si vamos a poder vernos esta semana.

John: Si le he comprendido bien, ¿usted se ha sorprendido un poco porque estas dos últimas semanas según dice le ha sido más fácil conocer personas de lo que esperaba?

Tom: Mmm, sí, ha sido sorprendente, pero, ya sabe, no es que quiera quitarle importancia, pero la gente tiene un cierto brillo después de las vacaciones, ya sabe, creo que parte de eso es que mi viaje despierta curiosidad.

John: Ciertamente, yo no le daría mucha importancia a eso.

La manera de indagar de Weakland demuestra que va con mucho cuidado. Estaba convencido de que ofrecer sugerencias directas era uno de los métodos *menos efectivos* para influir en los clientes, y prefería utilizar sugerencias indirectas, exentas de confrontación, y mensajes cuya connotación pretende influenciar al cliente a desistir de continuar con sus intentos de solución. En este momento, la terapia ha progresado hasta un punto en que se han identificado claramente cuáles han sido los intentos de solución, y virtualmente cada declaración de Weakland es un esfuerzo intencionado para influenciar indirectamente al cliente, con una mezcla de mandatos y advertencias.

- «Estoy un poco preocupado acerca de la velocidad a la que se mueven las cosas.»
- «Sugiero que... dedique tiempo a observar también el interés de usted por otras personas.»
- «Corríjame si me equivoco, pero tengo la sensación de que... ¿intenta usted forzarse a avanzar?»
- «¿Sería justo decir que el resultado ha sido un poco confuso?»

Cuando Tom explica el cambio y lo atribuye al «brillo posvacacional», Weakland también minimiza rápidamente los efectos y dice: «Ciertamente, yo no le daría mucha importancia a eso». Es coherente con la actitud de Tom de no tomárselo en serio, y así le quita importancia, lo que, a su vez, permite a Tom adoptar una visión positiva del resultado.

Tom: Exacto. Me refiero a que está ahí, pero también tiene que ver contigo, ya sabe. Está bien. Está muy bien.

John: Bueno, la otra cara de eso es que usted tiene más poder, más atractivo del que reconocía. Esto conlleva otra cosa: que usted necesita pensar más sobre dónde y cuándo lo quiere ejercer, y creo que ése es el aspecto que estábamos tocando cuando sugerí que también observarse su interés por cualquiera que conociese. La otra cosa es que estaba... preocupado por lo que usted pudiera pensar acerca de esta experiencia y de cualquier otra que haya tenido en este terreno durante las dos últimas semanas. ¿Cómo sabrá cuando tiene verdaderamente más confianza en su capacidad sexual?

La confianza es un tema mucho menos amenazador que la impotencia.

Tom: Supongo que cuando no tenga que preocuparme por las erecciones.

John: Le sugiero que imagine que esta noche, mientras usted está durmiendo en su cama, sucede un milagro y por la mañana descubre que su preocupación ha desaparecido por completo. ¿Qué le indicaría que ha sucedido eso?

Aunque la pregunta que lleva a imaginar un milagro se identifica más a menudo con la terapia breve centrada en la solución, Weakland la considera muy similar a la pregunta que tiene que ver con el primer indicio de progresos. Ambas tienen el mismo propósito, pero empiezan en puntos opuestos del espectro.

La pregunta relacionada con el primer indicio orienta inmediatamente al cliente a pensar en términos de la más pequeña indicación que apunte a que la situación está mejorando. Lo habitual es que los clientes respondan de una forma que muestra el

problema como resuelto. El terapeuta reconoce que esa mejora estaría bien, pero después le pregunta al cliente si puede pensar en un indicio de mejoría que pudiera notar *antes* de eso. A continuación, el terapeuta proporciona ejemplos de posibles pequeñas señales que el cliente podría notar, e indica que la pregunta es más difícil de responder de lo que parece a simple vista.

La pregunta que habla del milagro, por el contrario, empieza por hacer imaginar al cliente que el problema ya no existe. El terapeuta sigue con una serie de preguntas que requieren del cliente una descripción, con detalle, de pequeñas señales que apuntarían a la resolución del problema. Con ambos sondeos, las preguntas de seguimiento orientan al cliente a fijarse en pequeños indicios de mejoría y a expresarlos. Éstos son los aspectos más potentes de la técnica (Weakland, 1991).

Tom: Porque sabría que ya no iba a pensar en esta urgencia sin fin que tengo.

John: De acuerdo. Así que si mañana por la mañana el problema hubiese desaparecido, se hubiera esfumado, ¿qué estaría usted haciendo diferente que indicaría que ya se ha acabado todo?

Tom: Lo... celebraría. Siempre que fuera posible, lo haría.

John: Oh, pero eso representa que usted sabe que se ha acabado. No puede celebrarlo hasta que lo sepa. Lo que le pregunto es: ¿qué estaría pasando que le indicaría a usted que se había acabado el problema?

Tom: Saldría. Acordaría citas. Me sentiría cómodo practicando tanto o tan poco sexo como me apeteciese. Sería un hombre libre.

John: ¿Cuál cree que sería la prima cosa que le indicaría que el problema se ha terminado?

Tom: Llamaría a algún antiguo amigo. Acordaría citas y, según como fueran las cosas, tendría una agradable relación íntima con alguien, y asumiría que esa persona también la deseaba.
(*Suena el teléfono y Weakland consulta con los miembros de su equipo.*)

John: Uno de mis colegas tiene una sugerencia para proceder de un modo diferente que podría ser útil para usted, y se trataría de que usted eligiera a alguien que no le importase mucho personalmente. Saldría con él, pero, muy al principio, antes de entrar a nada, *sí* le diría explícitamente que tiene un problema de erección. Creo que lo que tiene en mente y que no ha explicado mucho —él me corregirá si me equivoco— sería algo así, usted no tendría mucho que perder.

Tom: ¿Salir con alguien que no me gusta especialmente?

John: Sí. Alguien hacia quien usted sentiría, digamos, cierto deseo, pero en quien no habría muchas posibilidades de confiar, y por lo menos alguien que a usted le pareciese... al menos alguien con quien usted no pensaría en iniciar algo que pudiera tener continuidad, o algo así. Por decirlo de alguna forma, las pérdidas serían mínimas.

Tom: De acuerdo.

La sugerencia utiliza y prescribe comportamientos que forman parte del repertorio actual de Tom (es decir, iniciar algo con una persona que no le importa mucho), pero al dirigirlos a revelar, en lugar de a ocultar, su problema de erección, invierte también el comportamiento previo que mantenía el problema. Cuando esa sugerencia se lleva a término, o incluso simplemente se piensa en ella, sirve para el objetivo de acercar el cliente al problema, en lugar de apartarle de él.

John: Lo que he estado... lo que se me ha ocurrido en relación con esta dificultad de identificar algún tipo de indicio específico y desde luego de los primeros, es que refuerza mi idea previa acerca de que sería deseable que usted se tomara las cosas con calma en lugar de forzarse a avanzar. Sé que la tendencia con algo como esto es embestir la barrera y atravesarla, pero hay ciertas señales que apuntan a que eso no funciona muy

bien. Así, creo que el mejor consejo para usted es que intente ir despacio para ahorrarse tiempo y problemas a largo plazo. Hay un par de cosas que hemos dicho y que se pueden aplicar aquí. Ahora, los dos tenemos una idea clara de quién podría estar interesado en usted, y hasta cierto punto, y cada vez lo pienso más, es incluso más importante que eso el interés de usted en otras personas. Por ejemplo, asumo, y puedo equivocarme, pero asumo que hay gente que a usted le encanta, que está interesado en intimar con ella.

Tom: La hay, pero...

John: Incluso, digamos, solo para algo rápido, hay gente que...

Tom: Claro. Lo que usted sugiere, si le entiendo bien, es que incluso a pesar... si no me siento atraído por ellos, aunque ellos tengan algún interés por mí.

John: Bueno, lo que sugiero es que usted se fije en eso, pero que no responda a ello automáticamente.

Tom: De acuerdo.

John: Que desde luego usted considere el interés de ellos por usted, pero que considere también, y siga considerando hasta que esté un poco más a punto: «¿Estoy verdaderamente interesado en estar con esta persona o quizá me estoy dejando arrastrar por el interés que ella muestra por mí?» —ese tipo de cosas—. Mi colega me transmitió antes una sugerencia para usted, y sería útil que encontrase usted a alguien en quien no estuviera muy interesado y viera si puede estar con esa persona, pero dentro del marco explícito del que hemos hablado, y antes de ir demasiado lejos le dijera: «Mira, he tenido bastantes problemas de erección y tú tienes que saberlo».

Ah, y más en general, hemos estado comentado cosas a partir de lo sucedido, en el sentido de que las cosas han ido rápidas durante las dos últimas semanas, y que los resultados han sido como cabría esperar. Por un lado, usted ha dado pasos claros hacia adelante a partir del punto en que estaba al principio de cuando vino aquí, y en el que ha estado durante algún tiempo, pero todavía tiene problemas. Ah, y sería mejor, en la medida que le sea posible, que vaya despacio y no fuerce las cosas, porque no hay mucha ventaja real en dejar las cosas a medias. Es mejor tomarse el tiempo que uno necesite de forma que usted esté preparado para llevar las cosas hasta el final.

Y aparte de refrenarse un poco en general... la única cosa que sugeriría es que cuando usted salga o simplemente cuando se encuentre casualmente en cualquier situación de este tipo, sería bueno que dedicase algo de tiempo a fijarse en el potencial interés de otras personas por usted, y que se fijase incluso más en el de usted por ellas.

Tom: Encontrar una persona... en la que no estuviera tan interesado, y a la que le pudiera contar, ya sabe, que tengo un problema de erección, y supongamos que le dijese que hay un problema y ella dijese que no le importa... aun así ¿yo no estaría preparado en ese momento?

John: Bueno, no puedo darle instrucciones concretas para esa situación. Creo que usted tendrá que actuar en función de cómo se sienta en esas circunstancias particulares. Y no puedo estar seguro porque eso aún no ha sucedido, no tengo datos acerca de dónde estaría él y dónde estaría usted después de que hubiera hecho esa afirmación explícita. Tendrá que juzgarlo usted mismo. Aparte de eso, lo principal es dejar tiempo para observar, observar sobre todo el alcance de su interés en otra persona. Oh, una aclaración de mi colega. Dice que en esa situación, siga adelante hasta el final, si le parece posible, pero tenga presente en todo momento que tiene que dejar claro que usted tiene un problema. No solo al principio, tiene que repetirlo varias veces.

Tom ha hecho claros progresos hacia su objetivo, y ahora Weakland le ofrece diversas sugerencias para que las considere entre sesiones:

- ir despacio;
- considerar cómo serían las cosas si se produjese un milagro y el problema desapareciera;
- seguir pensando en qué podría ser un primer indicio de cambio;
- acercarse al problema revelándole a alguien que lo tiene;
- considerar tanto el interés de otras personas por él, como el suyo por otras personas;

- fijarse en qué sucede en presencia de otras personas.

Seguir estas sugerencias interrumpirá aún más la pauta de los intentos de solución de Tom, y consolidará así la mejoría.

CUARTA SESIÓN

John: Han pasado tres semanas desde la última vez que nos vimos y, además de sugerirle que era mejor avanzar gradualmente, le dimos un par de sugerencias. La más general era moverse un poco, pero hacerlo centrándose sobre todo en observar y juzgar, en lugar de pasar a la acción. Se trataba de fijarse en si alguien estaba interesado en usted, pero sobre todo en si usted estaba interesado en alguien. Y después, en segundo lugar, una sugerencia más específica de mi colega, el doctor Watzlawick, tenía que ver con estar con alguien que no le interesase especialmente, y en esa circunstancia contarle su problema de erección. Me pregunto si ha hecho alguna de estas cosas.

Tom: Bueno, he hecho algunos intentos. Me he sentido frustrado, en el sentido de que ha habido dos personas concretas que he conocido, y con una de ellas ha sido difícil quedar, y con la otra, con la que sí quedé, que fue alguien que conocí en el desfile, él propuso que quedásemos para vernos y yo le llamé para confirmarlo, pero resultó que se produjo una emergencia familiar y tuvo que salir de la ciudad. Estará fuera hasta... se fue la semana pasada y dijo que volvería alrededor del quince, y parecía muy claro que tenía ganas de quedar conmigo. Le dije que le llamaría alrededor del quince para confirmar, ya sabe, cualquier plan concreto, así que ésta es la situación.

John: De acuerdo. ¿Qué diría usted de su propio grado y tipo de interés en esa persona?

Tom: Me parece una persona interesante con la que estar. Tiene un problema que también tiene mucha gente de la comunidad gay. Está experimentando muchas pérdidas de amigos que mueren a causa del sida y puede que tenga cierto temor en cuanto a tener más relaciones en este momento. Es la sensación que yo tengo, pero en realidad no lo sé. Lo sabré cuando pase un poco más de tiempo con él.

John: Además de esas dos personas concretas, ¿ha tenido oportunidad de salir y moverse un poco en general y formarse una opinión mediante la simple observación?

Tom: Bueno, fui a un par de bares, pero los bares son un entorno muy artificial, en el sentido de que acostumbran a ser muy ruidosos, y de que siempre hay gente que finge que no te mira, y puede que sí te esté mirando o puede que no. Hay un grupo de gente con puntos en común que se reúne... se van a reunir el sábado próximo y hablar sobre las personas que están libres para relacionarse. Yo había asistido en el pasado, así que es algo que puedo hacer.

John: Mmm. ¿Y qué hay de la propuesta del doctor Watzlawick? Era algo más específico y también, cómo lo diría, un poco fuera de lo habitual; se trataba de encontrar a alguien en quien usted no estuviera especialmente interesado, dejar claro desde el principio que usted tiene un problema de erección, y después seguir adelante hasta donde se pudiera.

Tom: Estuve en un bar. Había un par de personas que intentaron iniciar una conversación conmigo, pero no estaban interesados. Su amaneramiento y demás era tal que en realidad no querían conectar conmigo a ese nivel, así que yo no era lo que buscaban.

John: De acuerdo.

Tom: Pero sigo pensando que están en su derecho de buscar algo así.

John: Mmm. Me preguntaba, en general, ¿cuán ansioso o incómodo se ha sentido en estas tres semanas desde que nos vimos por última vez?

Tom: Bueno, he estado muy ocupado... y no he tenido mucho tiempo para reflexionar. Así ha sido siempre con este tema. Mientras me mantengo ocupado, ya sabe, estoy bien. Es cuando no tengo nada que hacer cuando me siento ansioso. No me he sentido muy ansioso durante estas tres semanas. Creo que tiene mucho que ver con...

John: De acuerdo, me alegro de saberlo, pero, como ha dicho usted, puede tener mucho que ver con circunstancias especiales, como que usted ha estado ocupado.

Antes de que Tom siga minimizando los progresos que ha hecho, atribuyendo la ausencia de ansiedad al hecho de «estar ocupado», Weakland le interrumpe una vez más. Dado el grado de escepticismo de Tom, se adelanta a la ocasión de que él les quite importancia, y la minimiza al exponer la situación como un hecho. Esto permite a Tom superar ese obstáculo, como se ve por su respuesta:

Tom: Una gran parte de eso es que siento, ya sabe, que mi vida ha llegado a un punto... porque siento que estoy haciendo algo para resolver mi problema... al venir aquí, y eso me llena de esperanza. Si no hiciera algo como esto, entonces no tendría ninguna esperanza.

John: De acuerdo. No me gusta ser desalentador y me alegro de saber que por la razón que sea usted se siente más cómodo, pero creo que es justo advertirle que lo que no quiero es darle falsas esperanzas, porque una de las peores cosas que puede hacer un terapeuta por un cliente es crear esperanzas que le lleven a una decepción. Así que espero que usted modere su esperanza con al menos un cierto grado de escepticismo.

Tom: Bueno, es mi último recurso. Me refiero a que si esto no funciona... así que estoy bastante seguro de que va a funcionar.

John: Bien, creo que es justo decir que desde luego tengo la intención de ayudarle, y que no estaría haciendo este trabajo si no pensara que habitualmente puedo ayudar a las personas, pero diría que el grado de seguridad que usted expresa es mayor que el mío. Preferiría desde luego que, si quiere, comparta conmigo, por lo menos un poco, la carga de un escepticismo saludable.

Tom (*sonríe*): Sí. De acuerdo. Lo intentaré.

Una vez que se ha conseguido una mejoría, la cuestión más importante es cómo mantenerla. Weakland no lo consigue por medio de darle seguridad o de alentarle, sino haciendo lo opuesto: preocupándose porque el cambio se ha producido demasiado rápido, desalentando a Tom para que no sea abiertamente optimista, e invitándole a compartir con él la carga de un «escepticismo sano».

John: Hábleme un poco más acerca de estas tres últimas semanas, en particular si le viene a la mente cualquier cosa que parezca diferente a como estaba usted cuando vino aquí. No tiene que ser necesariamente algo que esté relacionado con el problema.

Mientras Weakland sigue invitando al cliente a refrenarse, y al hacerlo inhibe la tendencia del cliente a quitarle importancia a los progresos, también busca con sutileza cualquier posible cambio que haya podido producirse, con el objeto de subrayar su importancia.

Tom: De hecho, hay algo que me viene ahora a la cabeza... Se ha incorporado una nueva persona en el trabajo... le he conocido y... he estado fantaseando con él. Me sorprendió que en las dos ocasiones que lo hice tuve una erección completa y pude masturbarme hasta el final. Fue... fue sorprendente.

John: Mmm. A mí desde luego también me sorprende.

Tom: Pensar en él fue muy excitante. No había tenido a nadie como modelo para mis fantasías desde hacía mucho tiempo y, bueno, fue estupendo. No podía creerlo.

John: De acuerdo. ¿Era consciente de lo que hacía o pensaba en esas ocasiones?

La expresión de sorpresa de Weakland subraya la importancia del cambio, y su pregunta de seguimiento lo atribuye implícitamente a un giro en los pensamientos y los actos de Tom.

Tom: Mmm, supongo que no me he encontrado con nadie que me atrajera tanto como él. Pero fue una situación de las que dura poco, por lo que respecta a él. Ha dado a entender que prefiere a los hombres negros.

John (*después de una consulta por teléfono*): Le transmito un mensaje de uno de mis colegas. Es posible que el destino juegue a su favor, porque hay cosas que son mejores imaginadas que cuando se convierten en realidad.

Tom: Es raro... fue eso... (*risas*). Mmm.

John: Mmm, pero por una vía algo diferente; ciertamente veo una posible relación entre lo que usted acaba de decir y una de las cosas en las que hemos puesto el acento otras veces: que lo que cuenta no es solo el interés de la otra persona, sino que el de usted es igual o más importante. Puede que hagan falta ambos para que las cosas sean todo lo buenas que pueden ser, pero el interés de usted no va a desaparecer a causa de centrarse completamente en: «¿Hay alguien que se interese por mí?».

Tom: Es verdad. Él es... él fue realmente... me puso a cien.

John: Mmm. Debe ocurrir, como siempre —como con cualquier otra cosa— que esto tiene también un posible lado negativo, es decir, existe la posibilidad de que usted esté interesado y el resultado no sea el que usted querría, y por tanto la decepción sería mayor que si hubiera encontrado una forma de acallar su propio interés. Pero también podría funcionar, y ¿prefiere mantener las cosas a un nivel más bien modesto o salir ahí fuera y ganar?

Weakland ha alentado a Tom para que en lugar de centrarse en lo que otros piensan de él, se centre en lo que *él* pueda desear, e inmediatamente plantea una posible desventaja del cambio: que podría colocar a Tom en la posición de experimentar mayor decepción si las cosas no funcionan como él espera. Al hacer esto, Weakland continúa interviniendo para restringir el cambio.

Tom: Muchas veces no sé realmente si una persona me interesa. Ya sabe, podría fijarme solo en lo guapo que es alguien, pero las cosas no funcionan así para mí. Hay cualidades interiores que considero mucho más importantes y no siempre las reconozco de inmediato, y unas veces resulta que tengo una erección, como pasó con el chico del que le hablaba. Y otras, que me guste una persona no comporta que tenga una erección, pero no siempre veo claro lo que pasa.

Erickson (en Haley, 1973) y Jackson (1967) describieron personas con problemas aparentemente de intransigencia que tenían un repertorio limitado de conductas alternativas. La terapia comporta crear contextos, dentro y fuera de las sesiones, donde el cliente pueda experimentar con expandir su repertorio. Esto es lo que se infiere de la siguiente afirmación de Weakland.

John: Así que las cosas pueden evolucionar desde distintos caminos.

Tom: Exacto. Pero él es la primera persona que me impacta de esa manera. Fue bastante sorprendente, igual que un rayo. Sí, está bien saber que eso no está fuera de mi alcance. Que todavía me puede ocurrir a mí. Había casi, ya sabe, tirado la toalla, o pensaba que la había tirado.

En lugar de celebrar el éxito que explica Tom, Weakland reconoce que el cambio es sorprendente y avanza para moderar el entusiasmo de Tom.

John: Bueno, esto es sorprendente, y una vez más no se precipite. Es posible que eso solo haya sido un golpe de suerte. Desde luego, de todas formas es sorprendente, y cualquier otra cosa que tuviera que ver con eso ¿le pareció de alguna forma diferente comparado con cuando usted vino aquí? Tom: ¿Comparado con el principio?

John: Sí, podemos referirnos al principio como una especie de línea de base, de punto de referencia.

Tom: Mmm, no. Junio ha sido un mes estupendo para mí. Me ha encantado la emoción de junio. Ha habido tanto que me ha interesado, que he estado haciendo y me siento... —hay muchos amigos que han venido a la ciudad— me siento muy apreciado y apoyado. Hay un par de ellos con los que he estado hablando de la situación y se han interesado mucho. Me escuchan. Así que...

John: ¿Podría ser esa una pequeña diferencia comparado con lo que hacía antes? ¿Hablar con sus amigos?

Tom: No, ya había hablado de ello con algunos. Sigo sin querer hablar a todo el mundo de esto. Pero estos amigos son comprensivos y se preocupan. A veces, quieren hablar de ello y yo no tengo muchas ganas. Desde que empezó esto, me he sentido bastante frustrado, pensando, ya sabe, ¿para qué voy a hacer ejercicio? No va a ocurrir mucho más en mi vida. Mi vida, parte de mi vida, ya se ha acabado. Así que tenía un gran sentimiento de pérdida. Y eso es todavía parte de mí, esa sensación de pérdida. Pero hay ocasiones que puedo superarlo y seguir haciendo algo de ejercicio.

John: Mmm. ¿Así que usted piensa seguir haciendo ejercicio a pesar de esos arranques de sentimientos negativos?

Tom: Bueno, siento que me hace muchísima falta.

John: En el contexto de valorar los «cambios que se han producido», usted ha hecho cambios mucho más importantes de lo que se da cuenta. Una vez más, uno de los principios básicos es que el cambio gradual es mucho más seguro y duradero que intentar saltar sobre la valla para derribarla de golpe. Y, por tanto, una vez más, mi recomendación es que siga adelante con más de lo mismo, no se fuerce, no diga... no se preocupe diciendo: «Tengo que llegar allí... dar el siguiente paso mañana». Y, por otro lado, siga haciendo como hasta ahora. Ciertamente, siga observando más que actuando, y observe especialmente de qué forma otras personas se interesan o desinteresan por usted. Y lo mismo se aplica a su interés por ellas: «¿En quién estoy interesado? ¿Hasta qué punto? ¿Y de qué forma?». Y no hace falta que nos veamos la próxima semana; sería demasiado pronto. Yo diría que lo mejor sería dentro de dos o tres semanas, probablemente tres.

Al alargar el tiempo entre sesiones Weakland subraya que lo deseable es «ir despacio».

Tom: Bueno, ¿alguna sugerencia para el problema urinario? La sensación del apremio para orinar... ¿piensa que es psicológica?

John: Bueno, ciertamente, aunque es difícil decir hasta qué punto. Es casi seguro que es tanto física... física como psicológica. Solo puedo sugerirle una cosa. Es más un experimento, pero quizás usted tenga curiosidad por probarlo. Se trata de que elija un momento que, o bien sea una excepción y usted no sienta el apremio para orinar, o que lo sienta, pero en un grado mínimo y no máximo, y vaya ex profeso al baño e intente orinar. Creo que puede obtener información útil de eso.

Tom: Bueno, siempre lo tengo. Siempre me siento así.

John: De acuerdo. ¿Siempre exactamente en el mismo grado?

Tom: Sí. Bueno, siento presión para ir al baño, como ya he mencionado, el apremio siempre está, ¿vale?, pero es solo cuando el apremio se convierte en insoportable que necesito orinar.

John: De acuerdo. Pero en ocasiones, y corrijáme si me equivoco, creo recordar que usted dijo que cuando está ocupado con las tareas diarias, puede que tenga ese apremio, pero no se da cuenta.

Tom: Exacto.

John: Mmm. Yo diría que, en las ocasiones en que está en medio de alguna tarea y no se da cuenta del apremio, deténgase e intente ser consciente de que lo tiene. Ése sería el primer paso. El segundo paso sería ir a ver si puede orinar. Éstas son las dos cosas con las que puede experimentar hasta que nos veamos de nuevo.

Una vez más, Weakland prescribe un experimento contra toda lógica, que invierte el método habitual de Tom para manejar el apremio para orinar. Al pedirle que se centre en el problema justo cuando no le está molestando, le dirige a acercarse a él, en lugar de a apartarse.

QUINTA SESIÓN

John: Bueno. Le sugerí que continuara con las cosas que estaba haciendo, para asegurarnos de que usted sale un poco, no se da prisa, y observa dos aspectos de las cosas: uno, qué opina del interés de los demás por usted, y dos, y no menos importante, cuán interesado o desinteresado está usted en los demás.

Tom: Ha ido bien. Conozco una serie de personas habituales que están interesadas en mí y yo estoy inicialmente interesado en ellas, me refiero a que eso está en una fase activa ahora mismo. Por varias razones, no estoy seguro de que quiera ir detrás de ninguna de ellas, pero ha ido muy bien. No sé muy bien por qué ha ocurrido todo a la vez. No tengo ni idea. Sé que en diferentes épocas de mi vida ha ocurrido como ahora, no recientemente, pero ha ocurrido en el pasado.

John: Y, ah, podría ser cíclico; podría ser un tipo diferente de cambio. ¿No se ha dado cuenta de alguna cosa que haya estado haciendo de manera diferente?

Tom: No, no creo que haya hecho nada de manera diferente. Creo que simplemente puede ser que estoy conociendo personas a las que parece que les causo buena impresión.

John: ¿Algo más que pueda ser significativo o relevante durante estas cuatro semanas que no nos hemos visto?*

No algo necesariamente relacionado con el problema, me refiero solo a cómo le han ido las cosas.

Tom: Bueno, en realidad tiene que ver con que he obtenido mucha respuesta en el terreno sexual. Hay una persona que he visto un par de veces, en fin, tiene un amante, y por eso estos sentimientos le ponen muy nervioso, así que mientras podamos hacer otras cosas que no sea mantener relaciones sexuales, está bien. Así que nos hemos dedicado mucho a... tocarnos y, en fin, hay ciertas sensaciones, mi pecho es extremadamente sensible y el suyo también. Así que hemos pasado mucho tiempo, ya sabe, jugando con eso. Y es muy excitante para mí y él tiene muy claro qué cosas quiere que le haga yo, en fin, hemos hablado de eso, a mí ya me va bien, ya sabe. Pero sí que tengo sentimientos por él. Pero, en fin, también entiendo que tiene otra relación. Llevan juntos 16 años y no soy un rompehogares. Pero ha sido muy agradable. Y hay otra persona que conocí al que yo le excito mucho, y hemos tenido relaciones sexuales, y después hemos pasado a un nivel agradable de masturbarnos mutuamente. Pero es muy sexy.

John: Mmm, no puede hacer eso sin una erección.

Tom: Exacto. Exacto. Tuve una erección. Pero hubo muchísimo juego preliminar, que hacía falta de verdad, en fin, yo lo necesitaba.

John: Ah, ¿usted no pone reparos a los juegos previos?

Tom: No, no. Le he visto una segunda vez y no me hicieron falta los preliminares. Estaba muy excitado.

John: ¡¿De verdad?!

Tom: Sí. Fue sorprendente para mí.

John: ¡Vaya! ¿Hubo alguna diferencia entre una vez y otra?

En la que resultó ser la última sesión, los problemas de Tom habían mejorado radicalmente. Mediante la utilización de técnicas de restricción del cambio en las sesiones anteriores y de mostrarse sorprendido cuando Tom describe que ha recuperado su capacidad para excitarse plenamente, Weakland trabaja para consolidar los cambios constructivos que se han producido.

Tom: Sí, bueno, ya sabe. He tenido la experiencia de conocer cómo soy yo sexualmente con él y realmente me puso a cien. Sabiendo lo que sé, no creo que vuelva a ser igual, pero no he vuelto a verle desde entonces.

John: Mmm, no puede estar seguro de nada por adelantado.

Tom: Lo sé. No hace falta decirlo, ha sido... Fui a la reunión social de la que le hablé, pero no me gustó mucho. Dos personas me llamaron para quedar con objetivos sexuales. No estoy seguro de si iré. Mi costumbre es buscar una sola persona a la vez. No se me dan muy bien las relaciones múltiples, pero no sé, podría ser aconsejable, por eso necesito su consejo. ¿Cree que debo ir a pesar de que va en contra de mi pauta habitual porque quizás encuentre algunas respuestas? Pero estoy recuperando mi sexualidad.

John: Bueno, creo que al menos ha empezado a recuperarla. No creo que yo pueda darle un sí o un no al respecto, porque a mí me parece que es algo que contiene elementos que apuntan en los dos sentidos. Sigo pensando que el principio básico es: tómese el tiempo que necesite, no se dé prisa. Y si usted está más a menudo con otras personas, o está con más de una persona a la vez, e intenta obtener una evaluación de eso —aparte quizá de la suya propia—, ¿se trata de seguir una pista en tres frentes a la vez o de empezar algo, sin involucrarse demasiado ni demasiado deprisa en ningún lugar? Y no creo que yo esté en la posición de juzgar dónde puede estar el equilibrio. Así que lo más que puedo decir es que sigo pensando que sería mucho mejor moverse más bien gradualmente, pero usted es quien tiene que evaluar lo que significa gradualmente en estas dos situaciones.

Tom (*coincide*): Mmm, ya veo. Claro. Es interesante, es lo mínimo que se puede decir. Pero bueno, es excitante. Es muy excitante para mí. Sentirme apreciado y necesitado, especialmente cuando me he sentido tan mal durante los últimos dos años y medio... hace dos años ahora.

John: Muy bien. Y puedo ver también... Estoy muy impactado e impresionado por lo que usted describe casi en pasado, que ya no se siente: «Tengo que sentarme al lado del teléfono a esperar si hay algo que quiera hacer» (*Tom asiente con un gesto*). Suena a que usted ha alcanzado su independencia.

Tom: Sí. Siempre ha estado ahí, supongo que necesitaba un chute de adrenalina sexual. Ya sabe, creo que se lo mencioné en la última sesión, eso es lo que necesitaba, eso es lo que deseaba, eso es lo que echaba de menos. Pero, ya sabe, yo no salía por ahí. Quizás aquella vez que salí para ir a la reunión, pero parecía que en vez de ser yo quien iba hacia ellos, eran ellos que venían hacia mí, por alguna razón parecía que iban a mi encuentro.

John: No suena mal.

Tom (*se ríe*): No, no suena mal. Sí, tengo un estado de ánimo bastante bueno.

John: Bueno, a mí me parece que hay mucho cambio en movimiento. Ah, llega el momento en que las cosas se mueven. Para trabajar activamente las cosas solo tiene que impedirles el paso, en lugar de dejar que sigan progresando. De verdad, estoy pensando que ¿deberíamos hacer al menos un descanso y ver qué pasa a partir de ahora?

Comentarios finales

Tom era un hombre desesperado que acudió a la terapia con Weakland en el MRI Brief Therapy Center. Preocupado porque sentía un apremio constante para orinar, estaba seriamente deprimido a causa de su incapacidad para funcionar sexualmente. Después de un año y medio de tratamiento, que comprendió múltiples evaluaciones médicas, asesoramiento psicológico, medicación farmacológica, hipnosis y acupuntura —que en ninguno de los casos sirvió para aliviar los síntomas—, Tom le dijo a Weakland durante la primera sesión que él era su «última oportunidad» para hallar una razón por la que vivir.

A lo largo de cinco horas de terapia, Tom recuperó un sentido satisfactorio de idoneidad sexual, se alivió su depresión y expresó confianza en su estado de ánimo y en sus perspectivas sociales. Durante una conversación de seguimiento, indicó que ya no había tenido problemas de depresión y no mencionó más dificultades relacionadas con un apremio atípico para orinar.

Estos impresionantes resultados no fueron casuales, ni tampoco el producto de alguna capacidad mágica por parte de Weakland, que dedicó gran parte de su carrera a desmitificar el proceso de la terapia. Con estudio y práctica, las premisas teóricas y las

habilidades clínicas utilizadas por Weakland se pueden aprender y enseñar. Gracias, John, por dejar unas huellas tan claras para que otros podamos seguirlas.

Bibliografía

- Bateson, G., «A theory of play and fantasy», *Psychiatric Research Reports*, nº 2, 1955, págs. 39-51.
- , D. Jackson, J. Haley y J. Weakland, «Toward a theory of schizophrenia», *Behavioral Science*, vol. 1, nº 4, 1956, págs. 251-264.
- De Shazer, S., «John H. Weakland: master of the fine art of “doing nothing”», en W. Ray y S. de Shazer (comps.), *Evolving brief therapies*, Galena, Illinois, Geist and Russell, 1998, págs. 30-43.
- Erickson, M., «Pediatric hypnotherapy», en J. Haley (comp.), *Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of M. H. Erickson*, Nueva York, Grune & Stratton, 1967, págs. 420-421.
- Fisch, R., «Proposal for a brief therapy clinic and evaluation project», memorándum sin publicar de Richard Fisch a Don Jackson, 15 de septiembre de 1965.
- Fisch, R., D. Jackson, J. Weakland, P. Watzlawick, A. Bodin, S. Clemes, E. Sorenson y B. McLachlan, «Brief therapy center unpublished year-end report», Mental Research Institute, Palo Alto, California, 1968.
- Fisch, R., J. Weakland y L. Segal, *The tactics of change: Doing therapy briefly*, San Francisco, Jossey-Bass, 1982 (trad. cast.: *La táctica del cambio: cómo abreviar la terapia*, Barcelona, Herder, 1994).
- Fisch, R., Weakland, P. Watzlawick y A. Bodin, *Focused problem resolution with families*, grabaciones de audio sin editar, 1972a.
- , «On unbecoming family therapists», en A. Ferber, M. Mendelson y A. Napier (comps.), *The book of family therapy*, Nueva York, Science House, 1972b, págs. 597-617.
- Haley, J., *Uncommon therapy*, Nueva York, Norton, 1973 (trad. cast.: *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*, Buenos Aires, Amorrortu, 1980).
- Jackson, D., «The therapist's personality in the therapy of schizophrenics», *Archives of Neurology and Psychiatry*, nº 74, 1955, págs. 292-299.
- , «The question of family homeostasis», *Psychiatric Quarterly Supplement*, vol. 31, nº 1, 1957, págs. 79-90.
- , «Interactional psychotherapy», en M. Stein (comp.), *Contemporary psychotherapies*, Nueva York, The Free Press of Glencoe, 1961, págs. 256-271.
- , «The study of the family», *Family Process*, vol. 4, nº 1, 1965, págs. 1-20.
- , «Schizophrenia: The nosological nexus», *Excerpta Medica International Congress: The origins of schizophrenia*, resoluciones de la 1ª Conferencia Internacional, nº 151, Nueva York, Rochester, 1967, págs. 111-120.
- y J. Weakland, «Conjoint family therapy: Some considerations on theory, technique, and results», *Psychiatry*, vol. 24, nº 2, 1961, págs. 30-45.
- Trepper, T., «Introduction», en J. Weakland y W. Ray (comps.), *Propagations: Thirty years of influence from the Mental Research Institute*, Nueva York, Haworth, 1995, págs. xvii-xviii.
- Watzlawick, P., J. Beavin y D. Jackson, *Pragmatics of human communication*, Nueva York, Norton, 1967 (trad. cast.: *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*, Barcelona, Herder, 2008).
- , J. Weakland y R. Fisch, *Change*, Nueva York, Norton, 1974 (trad. cast.: *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*, Barcelona, Herder, 2007).
- Weakland, J., *Therapeutic use of paradoxical injunctions*, manuscrito sin publicar, Palo Alto, California, Mental Research Institute, 1960.
- , *Interview by W. Ray*, manuscrito sin publicar, Palo Alto, California, Mental Research Institute, junio de 1991.
- , R. Fisch, P. Watzlawick y A. Bodin, «Brief therapy: Focused problem resolution», *Family Process*, nº 13, 1974, págs. 141-168.
- y W. Ray, *Propagations: Thirty years of influence from the Mental Research Institute*, Nueva York, Haworth, 1995.

**TRANSFORMAR LAS HISTORIAS:
UN ENFOQUE CONTEXTUAL DEL TRATAMIENTO
DE LOS ABUSADORES SEXUALES**

William C. Rambo

Todas las penas se pueden sobrellevar si se incluyen en una historia o se cuenta una historia que las incluye.

ISAK DINESEN

Desde mediados de la década de 1980, he trabajado con más de mil hombres acusados de abusar sexualmente de niños, hombres a los que casi universalmente se les llama «abusadores sexuales» o, cada vez más, «depredadores sexuales». Mi trabajo debe mucho a las teorías del antropólogo inglés Gregory Bateson (1972, 1979, 1991; G. Bateson y M. C. Bateson, 1987) y a las teorías y aplicaciones clínicas pioneras del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1982; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967; Watzlawick y Weakland, 1977; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974). La combinación de mi propia experiencia clínica y las ideas de Bateson, del MRI y algunas otras (Flemons, 1991, 2002; Gilligan, 1987; Haley, 1973 / 1986; Keeney, 1983; O'Hanlon, 1987) me ha llevado a adoptar diversos supuestos básicos relacionados con el comportamiento humano, las relaciones terapéuticas y el cambio. En este capítulo, empiezo por perfilar e ilustrar estos supuestos; sin embargo, antes de entrar en detalles y para situar el tono de lo que se expone a continuación, quiero presentar una metáfora que guía mi trabajo.

Aunque raramente lo hago, hace poco fui a unas galerías comerciales de la zona para realizar unas compras un día de fiesta. En una de las tiendas vi por casualidad una colección de doce ángeles, todos ellos diferentes y cada uno de ellos con un nombre distinto. De los que estaban a la venta, adquirí tres: el *Ángel de la Gracia*, el *Ángel del Recuerdo* y el *Ángel de la Esperanza*. Cuando ya los tenía en casa, se me ocurrió que esos tres ángeles representaban todo aquello que me esfuerzo por llevar a cabo en la terapia.

Lo primero y principal es que en mi trabajo clínico pongo empeño en transmitir una aceptación incondicional de cada cliente —no el que podría ser, sino el que es—. Como condición previa esencial para el viaje terapéutico en que nos embarcamos, esta aceptación es una invitación a la *gracia*, que yo entiendo en términos de Bateson:

Yo... sostengo que el problema de la gracia es fundamentalmente un problema de integración y que lo que hay que integrar son las diversas partes de la mente —especialmente aquellos niveles múltiples de los cuales un extremo se llama «consciente» y el otro «inconsciente»—. Para alcanzar la gracia, hay que integrar las razones del corazón con las razones de la razón (Bateson, 1972, pág. 129).

La aceptación fomenta la franqueza necesaria para que los clientes sean capaces de asumir la plena responsabilidad por sus actos de abuso sexual y puedan encontrar un camino hacia la integración de la comprensión y el cambio.

Nuestro viaje terapéutico conlleva necesariamente el *recuerdo*. Se espera de cada uno de los hombres, y a ello se les alienta, que recuerden y afronten los hechos, y comprendan las consecuencias de su comportamiento, no solo para el niño o niños objeto de sus abusos, sino también para el resto de su familia. Como llevo a cabo la mayor parte de la terapia en un encuadre grupal, cada cliente participa ayudando a otros hombres a atravesar el mismo proceso.

Las expectativas que alberga mi trabajo plantean demandas a mis clientes, pero al mismo tiempo afirman la posibilidad del cambio, y transmiten así *esperanza*: la esperanza de la transformación que yo estoy convencido que es posible para la mayoría de los hombres condenados por delitos sexuales.

Mediante las descripciones teóricas y las historias que siguen, desarrollaré de qué forma la gracia, el recuerdo y la esperanza se entrelazan en mi trabajo.

La comprensión contextual

Es más útil comprender cualquier conducta, incluida la conducta sexual, como existente dentro de un contexto y no necesariamente como un signo de alguna patología o disfunción individual subyacente. Ciertamente, esta afirmación no es nueva para cualquiera que se haya formado en la terapia sistémica breve, ya sea centrada en el problema o en la solución. La mayoría de estos terapeutas coinciden en que una amplia variedad de comportamientos humanos dolorosos o dañinos, desde las encarnizadas peleas conyugales y las disfunciones sexuales, a la violencia doméstica, el consumo de drogas o incluso los abusos sexuales a menores, se pueden abordar desde una perspectiva de la conducta que la considere parte de un ciclo interaccional más amplio. En otras palabras, hay que entender estos comportamientos en su contexto. A lo que muchos de estos terapeutas se resisten, según mi experiencia, es a extender esa comprensión contextual a los abusos sexuales a menores. Este capítulo se ocupa de esa omisión.

Bateson (1972) define el contexto como «un término colectivo para todos aquellos sucesos que le dicen a un organismo entre qué conjunto de alternativas tiene que realizar su siguiente elección» (pág. 289). Pero, Bateson prosigue: «un organismo responde a los “mismos” estímulos de manera diferente en contextos diferentes, y por eso debemos preguntarnos acerca de cuál es la fuente de información de ese organismo. ¿A partir de qué percepción suya distingue que el Contexto A es diferente del Contexto B?» (pág. 289). Entendido de esta forma, un cambio pertinente —lo que para propósitos terapéuticos se podría definir como una disminución significativa de la posibilidad de repetición de las conductas de abusos sexuales— puede ser el resultado de un cambio en el contexto. Wilk (1985) explica:

El significado de cualquier cosa para los humanos depende del contexto en que «esto» se encuentra. En un contexto distinto, una experiencia, una comunicación o una interacción tendría un significado completamente diferente, y por tanto sería algo completamente diferente (pág. 214).

Los terapeutas que son reacios a aplicar esta comprensión contextual al problema de los abusos sexuales caen en la idea comúnmente aceptada de que los individuos que cometen estos abusos son diferentes de la «gente normal». Esto se evidencia en la etiqueta de «abusador sexual», un término que evoca toda clase de ideas acerca del tipo de persona que perpetraría tales atrocidades. Bateson (1972) observa:

Para describir a los seres humanos individuales, tanto el científico como el lego recurren normalmente a los adjetivos que describen el «carácter». Se dice que el señor Jones es dependiente, hostil, ... ansioso, exhibicionista, narcisista, pasivo, competitivo, ... despreocupado, cuidadoso, informal, etc.

(Estos) adjetivos... que pretenden describir el carácter individual no son en realidad estrictamente aplicables a los individuos, sino que más bien describen las *transacciones* entre el individuo y su entorno humano y material. Ningún hombre es «ingenioso», «dependiente» o «fatalista» en el vacío. Su característica, sea la que sea, no es en realidad suya, sino que es más bien una característica de lo que sucede entre él y algo (o alguien) (págs. 297-298).

Bateson (1972) sostiene que estas pautas de interacción son el resultado de las formas aprendidas por el individuo para dar sentido a los sucesos, y probablemente datan de la «primera infancia» y son «inconscientes» (pág. 300). El sociólogo Joel Charon (citado en Pryor, 1996), plantea una idea similar y sugiere que las «experiencias pasadas del individuo se utilizan como ayuda para determinar el tipo de acción que se debe emprender en una situación... El pasado... nos proporciona las herramientas para definir el presente» (pág. 257). Los hombres con los que trabajo, igual que todos nosotros, tienen rasgos de carácter que desarrollaron hace mucho tiempo dentro del contexto de sus relaciones con otras personas, y una parte del trabajo que hacemos en los grupos de tratamiento es desenredar esas pautas.

Sin embargo, pensar acerca del contexto es una tarea difícil, cargada de peligros. Bateson (1979) hace una declaración inequívoca: «Sin un contexto, las palabras y los actos no tienen ningún significado» (pág. 15). No obstante, esto no significa que el contexto «cause» la conducta. Si eso fuera cierto, entonces una comprensión contextual

de los abusos sexuales degeneraría rápidamente en alguna forma de limitar la responsabilidad y eximir de culpabilidad (por ejemplo: «El contexto me hizo hacer esto»). El contexto no se puede separar como una «variable independiente o determinante» que produce un efecto en otra variable dependiente igualmente separada (Bateson, 1972, pág. 338). Más bien, hay que entender el contexto como entrelazado con los mismos componentes que a su vez contextualiza.

La música es una analogía útil para entender esto (D. Flemons, comunicación personal, 30 de septiembre de 1989). Una melodía contextualiza cada una de las notas individuales que la componen, pero no se puede considerar separada de esas notas, pues no es más que la conexión entre ellas. Las complejas pautas de interacción no se pueden reducir a un simple sumatorio causal.

Esto sugiere que la participación en la creación y destrucción de contextos es una actividad humana inevitable —una actividad innegablemente influenciada por nuestras situaciones externas y por nuestras historias y experiencias personales, pero una de la que en última instancia somos responsables—. E, igual que ocurre con todas las actividades humanas, tiene una dimensión ética. Que yo abogue por una comprensión de los abusos sexuales contextualmente informada no significa que haya que ver a los hombres con los que trabajo como marionetas, como desventurados rehenes de los avatares de su vida. En realidad, si estas ideas acerca del contexto son acertadas, estos hombres están, hasta cierto punto, doblemente condenados. No solo son responsables por sus actos de abuso, sino que también son responsables por la parte que les toca en la evolución de las relaciones de las familias, de los hijos y de ellos mismos, en los contextos particulares donde ocurrieron tales abusos.

Esta comprensión contrasta totalmente con la que se deriva del supuesto que contempla la patología interna como factor causante de los comportamientos sexualmente abusivos. Bateson (1991) critica «el truco de sacar una conclusión a partir del mundo de la observación externa, ponerle un nombre pomposo y después afirmar que esa abstracción nombrada existe en el interior del organismo como un principio explicativo» (pág. 76). Esto es en esencia lo que ocurre cuando etiquetamos a los hombres que abusan sexualmente de los niños como «desviados», como diferentes del resto de nosotros, y después procedemos a explicar su conducta abusiva en términos de «desviación». Desgraciadamente, gran parte de la literatura sobre abusadores sexuales asume esta diferencia y ofrece este tipo de explicación circular. Por eso no es sorprendente que el enfoque de muchos programas de tratamiento para abusadores sexuales gire en torno a esta diferencia asumida.

Enfoques de tratamiento convencionales: prevención de las recaídas

A los clientes que toman parte en muchos de los programas de tratamiento convencionales para delincuentes sexuales se les dice en primer lugar que son diferentes de los hombres normales. No se hace ningún intento de entender su comportamiento sexual inadecuado —ya se ha asumido que es el resultado de un impulso sexual desviado—. No hace falta más explicación, y no se tiene en cuenta el contexto más amplio en que se han producido los abusos. Una reputada guía de tratamiento afirma categóricamente que «no existe una intervención terapéutica que erradique, a lo largo del tiempo y de las circunstancias, las fantasías desviadas del delincuente sexual» y añade que «pocos terapeutas con experiencia en el trabajo con delincuentes sexuales consideran que el agresor sea “curable”» (Salter, 1988, pág. 139).

Estas premisas básicas relativas a los delincuentes sexuales son obviamente casi idénticas a los principios básicos de la mayoría de los programas de tratamiento de las adicciones en este país, donde también se dice a los clientes que ellos no son como la gente normal. Se desprende de esto que siempre se considerará que los individuos desviados tienen un alto riesgo de recaída, ya sea un alcohólico que recae en la bebida o un delincuente sexual que abusa otra vez de un niño. En ambos casos, los esfuerzos «terapéuticos» van dirigidos a prevenir la recaída.

La prevención de las recaídas sigue siendo el modelo dominante en los programas de tratamiento de los delincuentes sexuales en Estados Unidos (Laws, Hudson y Ward, 2000, pág. 21); sin embargo, existen otros modelos. En la edición de una monografía importante publicada por el Civic Research Institute en 1995, Schwartz menciona un reciente «movimiento que se aparta del modelo de factor único (por ejemplo, la prevención de recaídas...), y se acerca a un enfoque más integrador» (pág. 1.2), que reconoce:

La desviación sexual es un fenómeno multifaceta que debe ser tratado aplicando un enfoque multimodal. Así, parece que el campo se está desplazando desde simples explicaciones de causa-efecto a una apreciación de la naturaleza dinámica de la conducta humana (pág. 1.2.).

El tratamiento sensible al contexto

El marco contextual invita a una visión del tratamiento de los delincuentes sexuales más amplia que la proporcionada por los modelos de prevención de recaídas. Nunca he utilizado este modelo como una parte definitoria de mi programa, y en lugar de eso he preferido enfocar la estrategia para prevenir las recaídas considerando caso por caso (véase Rambo, 1999, págs. 191-204, para una discusión más detallada sobre esta cuestión). Obviamente, alguien para quien el foco de atención erótico son los niños tendrá que utilizar alguna estrategia de este tipo el resto de su vida si quiere minimizar la posibilidad de volver a delinquir. Sin embargo, esto no ha sido necesario para la mayoría de los hombres con los que he trabajado, y en algunos casos incluso se ha demostrado que era contraproducente.*

En lugar de enseñar a mis clientes que siempre existirá el riesgo de que abusen de un niño, trabajo con ellos para desarrollar estrategias individuales que les impidan exponerse a situaciones comprometidas o arriesgadas (es decir, a contextos) con niños, o con parejas sexuales adultas. Lo que puede resultar «arriesgado» varía de persona a persona, aunque en la mayoría de los casos no se pone tanto énfasis en la probabilidad de que puedan actuar de manera inapropiada, como en el peligro de que sus acciones se *perciban* como inapropiadas. Ningún delincuente sexual que esté fichado se puede permitir hacer algo que se pueda considerar como sexualmente desviado. Esto es algo con lo que todos mis clientes tienen que aprender a vivir, y encontrar al mismo tiempo la manera de llevar una vida lo más normal posible.

Adoptar este enfoque de tratamiento individualizado, no patologizante y sensible al contexto, no es una decisión que yo haya tomado a la ligera. Los resultados de mi trabajo clínico como de mis investigaciones no hallaron distinción alguna entre la mayoría de los delincuentes sexuales (sobre todo los incestuosos) y los «hombres normales». Sin duda, los primeros han tomado decisiones terribles, pero eso no significa que sean hombres desviados sin esperanza, a quienes, en bien de la seguridad de los niños de su vecindario, haya que controlar constantemente y vigilar muy de cerca. La conclusión de un pequeño estudio cuantitativo que realicé con padres incestuosos fue que «en general, no se encontraron atributos específicos en los hombres con los que trabajé que los diferenciase de los demás» (Rambo, 1999, pág. 209).

El estudio de Pryor (1996) con 30 hombres que abusaron sexualmente de sus propios hijos o de niños que conocían apoya esta postura. Su conjetura es que: «No parece haber muchas diferencias entre estos hombres y los hombres que no son delincuentes, excepto que los primeros cruzan lo que parece ser una delgada línea que marca la frontera entre las relaciones sexuales corrientes y lo que culturalmente se define como desviación sexual extrema» (pág. 273). Pryor (1996) describe más específicamente el proceso:

Los hombres se interesan por el sexo con niños por las mismas razones que se interesan por el sexo con adultos —tienen curiosidad, se fijan en algo, responden a lo que perciben como un indicio sexual, experimentan una erección a partir de contactos físicos que no tienen un cariz sexual, y eligen a alguien que les parece accesible. En general, experimentan el sexo de la misma manera que lo hacen los otros hombres: disfrutan con el contacto y con la sensación de la eyaculación, les resulta excitante porque es algo nuevo, se sienten jóvenes otra vez, les ayuda a olvidar el estrés de su vida, es emocionante y sienten mayor cercanía e intimidad. Se acercan a la otra parte y se involucran con ella de la misma manera que los hombres se acercan rutinariamente al sexo, intentan seducir a la persona, le hablan para intentar convencerla, fuerzan un poco las cosas, se aferran a la persona, intentan introducir el sexo por fases, y se lanzan si creen que la otra persona ha iniciado algo (pág. 2).

Más adelante, presento el estudio del caso de un padre que empezó a excitarse a partir de lo que se inició como abrazos y peleas inofensivas cuerpo a cuerpo con su hija adolescente. Empezó a tocarla de manera inapropiada, «contactos prohibidos», de vez en cuando a lo largo de un año, hasta que las conductas abusivas se dispararon y se

conocieron los abusos. Pryor (1996) describe un fenómeno idéntico «en el caso de casi todos los hombres» (de su estudio), por el que «las sensaciones de excitación sexual aparecieron como resultado de un *giro erótico inesperado*» (pág. 257):

El proceso delictivo empezó cuando los hombres se encontraron inesperadamente en medio de una situación erótica, y tuvieron sensaciones sexuales de interés, deseo, curiosidad y otras parecidas, que experimentaron como espontáneas, inesperadas e imprevistas. Los hombres pudieron señalar exactamente las situaciones en que aparecieron las sensaciones de interés y deseo sexual, que les cogieron desprevenidos y les llevaron a percibir a sus víctimas en términos sexuales (pág. 258).

Según Pryor (1996): «Cada delincuente se ve inmerso en una corriente experiencial, en un estadio erótico de conciencia *no limitado por la reflexión* (cursivas añadidas)» (pág. 258). Yo también me he fijado en la ausencia de reflexión en casi todos los casos de abusos sexuales infantiles. Mis clientes se encuentran con que se excitan y que se sienten impulsados casi por fuerza a actuar según esas sensaciones. Ésta es otra cosa más que comparten con los hombres del estudio de Pryor (1996), quienes «fueron incapaces de detener estas sensaciones (eróticas) y volver a un estado no sexual» (pág. 258).

Pryor (1996) continúa y sostiene que esos «*giros eróticos imprevistos* ... no son exclusivos de los hombres que abusan de los niños» (pág. 258), y que, en realidad, pueden estar presentes en «las incursiones iniciales en comportamientos como el intercambio de parejas o el sexo en grupo, el sadomasoquismo, la bisexualidad, el travestismo o las relaciones sexuales extraconyugales» (pág. 259). Aunque coincido plenamente con esto, yo voy un paso más allá y planteo que la experiencia de esta excitación sexual espontánea es común a todos los hombres que funcionan normalmente, en parte debido a las características fisiológicas masculinas. La posición externa del pene favorece que sea susceptible de excitarse a partir de estímulos poco marcados o incluso no sexuales.

Si la fuente de estimulación sexual es otro adulto que consiente en ello, puede que el individuo acabe (en el peor de los casos) por equivocarse en su elección del tipo de relación. Si el foco sexual es un niño, el daño potencial es inconmensurable. Pero, independientemente de la fuente, parece claro que muchos hombres, si no la mayoría, le *dan un significado a su excitación*, y asocian el *hecho* de una erección con la *idea* de la atracción sexual, y construyen después una *explicación* para esa atracción. Experimentan, *sin reflexión*, algo similar a la siguiente secuencia de conclusiones: «Dado que esta persona me excita, debe de ser que me siento atraído sexualmente por ella, y eso debe de significar que está haciendo algo para atraerme». Una vez se ha producido el hecho, la idea y la explicación, solo hay un paso hasta sentirse justificado para entrar en acción. Parece que éste, o algún proceso similar de construcción de creencias, es para muchos de mis clientes el centro de su confusión entre los sentimientos cálidos y *cariñosos* hacia un niño, y los sentimientos cálidos y *sexuales* hacia ese niño.

La concepción popular del delincuente sexual le caracteriza como alguien que tiene pautas de excitación sexual desviadas (Leberg, 1997; Salter, 1988). Sin embargo, si lo que indica mi experiencia clínica es acertado, entonces, y es bastante irónico, el problema para la mayoría de mis clientes no recae en su excitación sexual per se, sino en las conclusiones concretas que extraen de ella y en las acciones que consideran justificadas por esas conclusiones. Esto le da sentido a los hallazgos del estudio de Haywood y Grossman (1994): «Los sujetos normales del grupo de control admitieron un grado de excitación subjetiva por las jóvenes casi equivalente al de los abusadores de chicas jóvenes» (pág. 337). No es la excitación desviada lo que diferencia a la mayoría de los delincuentes sexuales de los hombres normales y los lleva «al otro lado de la barrera moral» (Pryor, 1996, pág. 258), sino que más bien es *el significado que le dan a su excitación* y, como resultado, las acciones que consideran justificadas. Los grupos control de hombres normales en el estudio de Haywood y Grossman (1994) no *actuaron* basándose en su excitación. Gran parte de mi trabajo clínico está dedicado a extraer una comprensión contextualmente informada de cómo y por qué algunos hombres dan un sentido a su excitación que los vuelve susceptibles de abusar de los niños.

Es justamente esta comprensión —que no es demostrable que nuestros clientes sean diferentes de nosotros— la que se halla en el centro del enfoque pionero de aquellos que han formado parte del MRI (Fisch y otros, 1982; Watzlawick y otros, 1967; Watzlawick y Weakland, 1977; Watzlawick y otros, 1974). Estoy en deuda con su elegante interpretación de los aspectos pragmáticos de la terapia, que incluye la idea de que las conductas problemáticas se pueden conceptualizar como intentos de solución fallidos.

El enfoque informado que adopto también se nutre del trabajo de Douglas Flemons (1991, 2002), especialmente de su comprensión de lo importante que es no intentar separarnos a nosotros mismos de nuestras acciones. Flemons (2002) sostiene que los terapeutas que trabajan desde una «perspectiva relacional» apartan a sus clientes de intentar desterrar un problema que desprecian, y, en lugar de eso, prefieren:

Facilitar un cambio en su relación con el problema. Si los intentos disociativos del cliente para negar lo que en extremo les desagrada han creado una conexión separada con eso —una relación negativa que ha mantenido, e incluso aumentando, su importancia—, entonces nuestro trabajo es facilitar el desarrollo asociativo de una separación conectada: una relación con el problema que permita una conexión cómoda y/o un dejarlo ir relajado. En lugar de ayudar a los clientes a empujar el problema fuera de ellos, nosotros exploramos de qué forma pueden aceptarlo y/o dejar de seguirle la pista o perder interés por él, permitiendo así que acabe por ser aburrido, irrelevante o de alguna forma no tenga importancia (pág. 178).

Uno de los objetivos principales de mi trabajo es apoyar y alentar a los clientes a aceptar y, en un última instancia, albergar, sus acciones abusivas como parte de sí mismos, al menos como parte de lo que ellos eran en el momento en que se produjeron. Y aunque pocos de estos hombres tienen alguna probabilidad de «conectar con comodidad» (Flemons, 2002, pág. 178) con los abusos que cometieron, es posible que

puedan llegar a un punto en que empiecen a «dejar ir» la idea de sí mismos como desviados, y —por medio del proceso de rememorar— desarrollen una esperanza. Con un cambio como éste, el relato de la historia podría ser diferente.

Historias transformadoras

Hace mucho que soy consciente del potencial transformador de una buena historia, y aprecio el uso que hace Bateson (1979) de la «historia» como sinónimo de «contexto». Por eso, he convertido la construcción de historias en el centro de mi trabajo clínico. Mi objetivo general es crear un espacio seguro para cada cliente, en el que éste sea capaz de hablar abiertamente del delito sexual que cometió y, mediante el trabajo conjunto en grupo, pueda alcanzar una comprensión de los diversos factores que contribuyeron a su conducta inapropiada. Yo hago todo lo que puedo para ayudar al cliente a que participe en la creación de una historia que explique cómo llegó a perpetrar los abusos y por qué es plenamente responsable de esas acciones.

Si la historia funciona bien, ésta no definirá al cliente basándose en sus actos abusivos, convirtiéndole en un monstruo desviado, sino que más bien preservará su identidad como ser humano. Esto posibilitará que pueda incorporar los comportamientos abusivos en su historia vital, aceptándolos como parte de su pasado y que, al hacerlo, le sea posible definirlos como algo que ya no tiene lugar en su presente o en su futuro. Para conseguir este objetivo son cruciales los medios concretos de los que el cliente se servirá, con mi ayuda y con la ayuda del grupo, para construir su comprensión de las cosas. Como casi siempre son posibles las historias múltiples, la elección de cuál se va a relatar tiene connotaciones éticas. Quizá sea de rigor contar ahora una historia.

MI HISTORIA

Hace unos años, cuando mi hija Rachel tenía ocho años, decidí que había llegado el momento de retirar las ruedas traseras de apoyo de su bicicleta. Lo que yo recuerdo es que a ella le pareció bien, aunque la inquietó un poco. En cualquier caso, una tarde de otoño quité las ruedas y empezamos juntos el proceso de averiguar cómo enseñarle a montar en bicicleta sin contar con ese apoyo, algo que era una experiencia nueva para ambos. Tuvimos suerte de vivir en uno de los barrios del sur de Florida que tiene aceras, porque así pudimos evitar circular por la calzada. La ayudé sujetando la bicicleta para mantenerla firme mientras ella se subía y entonces hice lo que yo suponía que era la única cosa que se podía hacer. Primero sujeté la parte de atrás del asiento, intentando que la bicicleta fuera lo más recta posible, mientras ella avanzaba pedaleando y bamboleándose de un lado a otro. De esta torpe manera, dimos dos tercios de la vuelta

alrededor de la manzana, mientras que en cada casa que pasábamos y en cada jardín por el que cruzábamos alguien era testigo de los progresos de Rachel en cuanto a su confianza y habilidad en el manejo de la bicicleta.

Esto, junto con un incremento de la velocidad a que se desplazaba, me llevó finalmente a soltar la parte de atrás del asiento. Durante un breve instante ella siguió adelante sola, pero después se dio cuenta de que yo había dejado de sujetarla. ¿Recuerdan el coyote de la serie de dibujos animados del *Correcaminos*? Salta por un principio y sigue corriendo en el aire, hasta que se da cuenta de que *está* en el aire, y en ese punto cae a plomo al suelo. Igual que el coyote, al ver que no la sujetaba, Rachel se cayó casi inmediatamente, con medio cuerpo en la acera y el otro medio en la hierba. Me recuerdo corriendo lo más rápido que podía y parándome justo detrás de la rueda trasera de las caídas bicicleta y ciclista. A primera vista, parecía que no se había hecho daño. Se volvió hacia mí con una expresión en los ojos de perplejidad, o quizá de desconcierto, como intentando aclarar qué había pasado exactamente. Y, lo que era más importante para guiarla, yo me preguntaba cómo lo habría interpretado. ¿Qué sentido iba a darle ella a aquella experiencia inesperada y desagradable?

Rachel estaba a punto de llorar, lo que en sí mismo ya era algún tipo de interpretación. Yo, sin embargo, tenía algo más útil en mente. No tengo nada en contra del llanto en general, y desde luego he consolado muchas veces a Rachel, sin intentar ahogar sus sollozos. Pero en ese caso, las lágrimas y el consuelo hubieran transmitido la idea de que había pasado algo malo y, más importante, que ir en bicicleta era una actividad peligrosa. Retrasar que volviera a subirse a la bicicleta hubiera dejado margen para que se colase el miedo y la duda. Así que, aún de pie detrás de ella, proclamé lo mucho que me alegraba de que por fin se hubiera caído de la bicicleta, porque ésa era la única forma de aprender a montar en ella. Recuerdo que me miró con una expresión más bien burlona, obviamente preparada para llorar si venía al caso.

Me agaché y la ayudé a levantarse, y cuando volvió a estar encima de la bicicleta pudo acabar toda la vuelta a la manzana. Yo sujetaba el asiento también esta vez, pero ella era claramente más competente en su manejo del manillar y avanzaba casi en línea recta. Seguí sujetándola hasta que giramos en la última esquina y, entonces, cuando ya se veía nuestra casa, le advertí que la iba a soltar, y añadí que ella ya sabía ir sola. Y lo hizo. Todavía tengo una instantánea que le tomé poco después, una imagen de una niña con una expresión de orgullo y autosatisfacción en la cara, y con un pequeño rasguño en la rodilla derecha.

LA HISTORIA DE RACHEL

Hay otra historia que quiero compartir con ustedes y espero que en el proceso de contársela quede más claro lo que quiero destacar. Ésta también tiene que ver con Rachel, pero aquí la bicicleta ha sido sustituida por un utilitario, un coche que le

regalaron su madre y su padrastro cuando aprobó el examen teórico que la capacitaba para hacer las prácticas de circulación necesarias para obtener el carné de conducir. Varios meses después de que lo aprobase, Rachel vino en su coche a mi casa, con el plan de que ahora me tocaba a mí ayudarla a mejorar su habilidad para conducir. Ya habíamos salido antes con el coche, pero ésa era la primera vez que nos aventurábamos a ir más allá del vecindario.

Dimos unas vueltas y, excepto por una o dos de sus maniobras que me pusieron algo nervioso, la tarde fue bien. Nos encontrábamos de vuelta, casi habíamos llegado a casa y solo faltaba un último giro a la izquierda para entrar en un carril de sentido único que dividía un bulevar. Raquel, que estaba cansada, en la última parada que hicimos me pidió que condujera yo; sin embargo, a pesar de que había empezado a llover un poco, le dije que quería que ella acabase el recorrido, una decisión de la que luego me arrepentí.

Indiqué a Rachel que girase hacia el carril que permitía el giro a la izquierda, asumiendo que iría hasta el final del carril y se detendría, y que en ese punto podríamos decidir si no había peligro en seguir y completar el giro.

La situación se vio complicada por el ajardinamiento de la mediana frente al carril, que ocultaba parcialmente los automóviles que venían en dirección contraria. Quizás en parte por eso, unido a la lluvia, y también al cansancio y la inexperiencia de Rachel, ella no se detuvo y continuó el giro hasta que alcanzó dos terceras partes a través del carril interior del otro lado de la carretera. Desgraciadamente, por ese carril circulaba una furgoneta grande que iba en dirección a nosotros, a una velocidad que no posibilitaba parar o apartarse. Chocó con nuestro vehículo por el lado del pasajero y el golpe nos sacó fuera del carril.

Nadie resultó herido, pero como es comprensible el impacto aterrizó a Rachel, que inmediatamente estalló en lágrimas. Yo estaba furioso conmigo mismo por no haberla sabido guiar mejor, por no haber accedido a conducir yo hasta casa cuando ella me lo pidió, y por no haber evitado una experiencia tan espantosa e inquietante. Me sentí todavía peor cuando ella me contó unos días más tarde que la compañía de seguros había dado de baja el coche, porque los daños eran demasiado grandes para repararlo.

En esencia, éstos continúan siendo mis sentimientos cuando vuelvo a pensar en aquel episodio. Sin embargo, Rachel interpretó la experiencia de una forma diferente. La historia que ella explica es otra. Una hora después del accidente, expresó lo mucho que se alegraba por lo que había sucedido, ya que de ninguna otra forma hubiera podido darse cuenta de lo realmente peligroso que era conducir. Casi un año después, cuando escribo esto, su historia no ha cambiado. Sigue diciendo que el accidente fue para bien, y cree sinceramente que aquello evitó que pudiera tener otros percances más graves en el futuro. Yo quiero creerlo así, sobre todo porque ella ahora conduce sola.

Así, tenemos dos historias, en las dos interviene un padre y una hija, ambas están intrincadamente relacionadas con la tarea humana de construir la comprensión y la interpretación de las cosas. En la primera, yo tenía claramente un papel más influyente para darle un significado a la caída de la bicicleta; no obstante, es importante subrayar que todavía necesito que Rachel acepte mi versión del contratiempo. La tarea de crear historias no es algo que hacemos *para* otra persona. Es fundamentalmente un proceso de cooperación, se lleva a cabo conjuntamente *con* la participación del otro.

En el momento descrito en la segunda historia, Rachel era claramente mucho más capaz de asumir un papel activo, incluso decisivo, en dar sentido a su propia experiencia, hasta el punto de formular y mantener una interpretación bastante contraria a la que sostenía su padre. Lo maravilloso de esto es que su interpretación positiva sigue teniendo mucho mayor potencial para crecer y aprender que la mía, más pesimista y autoculpabilizadora. Ella ha aprendido bien el arte de construir historias útiles.

El tratamiento sensible al contexto

La mayor parte de mi trabajo lo he llevado a cabo con hombres adultos, y en esto se centra lo que viene a continuación.* La amplia mayoría de los hombres que me derivan son convictos de delitos sexuales mayores que se encuentran en libertad condicional, y por tanto se les recuerda constantemente la visión que tiene de ellos el Estado, la legislación y, por extensión, la sociedad en general. Las leyes y las ordenanzas establecen hasta qué hora pueden estar fuera; restringen el lugar donde pueden vivir y trabajar e incluso el que pueden visitar, y, cada vez más, estipulan que lleven un dispositivo electrónico de control para saber dónde se encuentran en cada momento. Tales medidas conllevan el mensaje de que estos hombres son peligrosos, potencialmente violentos e inadecuados para vivir en sociedad. Muchos de mis clientes también se condenan ellos mismos por sus actos de abuso, y expresan vergüenza y remordimientos por haber herido a las personas que tanto les importaban. Una parte fundamental del tratamiento comporta ayudarles a comprender la profundidad del daño que han causado y sus efectos en las víctimas. El enfoque terapéutico que he desarrollado engloba estas historias de abusos y daños, y a la vez comporta un potencial para la esperanza, esperanza para la vida de estos hombres y para la vida de aquellos de quienes abusaron.

Casi todos los hombres que están en libertad condicional por delitos sexuales están obligados por orden judicial a asistir y completar el tratamiento para abusadores sexuales, y, si no lo hacen, lo más probable es que se les retire la libertad condicional y vuelvan a la cárcel. Todos los casos nuevos que me derivan pasan por una entrevista de ingreso, durante la cual recojo información básica relativa al delito sexual alegado y sobre su situación de vida actual. A veces, preveo sesiones individuales adicionales para poder realizar una evaluación inicial más detallada. Después, se planifica que el cliente acuda a uno de los grupos semanales que llevo en el centro. La mayoría de estos hombres

permanecerán en terapia un mínimo de cinco años, y al menos durante los dos primeros asistirán a ella una vez por semana. Claramente, este trabajo está muy lejos del que se lleva a cabo con aquellos clientes que buscan ayuda de forma voluntaria para un problema específico, y por ello este capítulo no es una pieza de acompañamiento tan obvia en un libro de enfoques *breves* de la terapia sexual.

Es importante entender que cualquier programa de tratamiento de participación obligada por mandato judicial se debe estructurar para tratar no únicamente los aspectos clínicos, sino también los de control social. Mi responsabilidad no es solo para con mis clientes, sino además hacia el sistema de justicia penal y, en un sentido muy real, también con la sociedad. En consecuencia, la duración del tratamiento en muchos casos tiene más que ver con la necesidad de proporcionar supervisión continuada de los hombres en libertad condicional por delitos sexuales que con el tiempo en realidad necesario para tratar la conducta sexual inapropiada. Mientras que, como en cualquier terapia, algunos casos requieren más tiempo de tratamiento, muchos pueden resolverse clínicamente en un período bastante breve, basándonos en los supuestos acerca del cambio que sostiene el modelo de terapia breve antes expuesto.

Como excepción, tenemos el caso de los hombres que parecen estar principal o únicamente atraídos sexualmente por niños prepúberes o adolescentes casi pospúberes, que suelen ser exhibicionistas y *voyeurs*. Estos hombres no representan más que de un 5 a un 10 % del total de los abusadores sexuales convictos con los que trabajo, pero también requieren tratamiento y supervisión continuados, además de participación en el programa más tradicional de «prevención de recaídas». Aquí, el argumento no es que esos abusadores no existan, sino que representan una pequeña minoría, y no deben ser utilizados como modelo de base para trabajar con delincuentes sexuales en general.

Por desgracia, este argumento tiene un fallo importante: nadie puede saber con certeza, no importa cuán experimentado esté en trabajar con delincuentes sexuales convictos, si un individuo en concreto cometerá o no otro delito sexual. Este trabajo genera inevitablemente un escepticismo y una desconfianza permanentes, tanto hacia los clientes como hacia el propio juicio clínico. Obviamente, el camino que parece más seguro es el del enfoque más tradicional para el tratamiento de los delincuentes sexuales que ya he mencionado: asumir que todos los delincuentes albergan pensamientos sexuales desviados y que hay que tratarlos como abusadores sexuales crónicos. Por razones que ya he expuesto, ésta no es la opción que yo he elegido. En lugar de eso, utilizo toda mi formación y experiencia, junto con las mejores directrices de que disponemos actualmente en el área de evaluación de los riesgos, para hacer lo que espero sean juicios informados acerca de cada individuo con el que trabajo. Como es inevitable cometer errores, siempre me esfuerzo en que si yerro sea dentro de la prudencia. Esta cautela, nacida de la incertidumbre, se convierte en otra razón clínica para que el programa de tratamiento sea más bien largo, y para utilizar juiciosamente variantes del enfoque de prevención de recaídas con casi todos los clientes.

Hay que destacar otras dos razones clínicas adicionales para que el tratamiento sea más largo. La primera es que parece que a muchos individuos les cuesta mucho revelar todos los detalles de sus delitos sexuales, incluso en los confines relativamente limitados de un grupo de tratamiento pequeño. En algunas ocasiones, esto toma la forma de negación absoluta de que se haya cometido algún delito. En estos casos, he visto que cuando el individuo lleva varios años tomando parte en el grupo y escuchando cómo otros hablan abiertamente de sus delitos, eso le ayuda a encontrar la forma de revelar su propia conducta inapropiada. Hace poco, uno de estos hombres, después de tres años de sesiones de grupo semanales, anunció que ya estaba preparado para dejar de negar su culpa y admitió lo que había hecho.

Esto no quiere decir que yo siempre tenga éxito —estoy muy lejos de eso—. Hay hombres que empiezan el tratamiento negando una conducta sexual inapropiada y siguen negándolo hasta el final. Quizá no son capaces de admitir lo que han hecho ni siquiera ante sí mismos, o puede que sean completamente inocentes de los cargos que se les imputan. Esta última posibilidad nunca se puede descartar totalmente. En el momento que escribo esto, los periódicos del día publican la historia de un hombre, encarcelado en Nueva York durante 21 años acusado de asesinato, que fue liberado después de que la prueba del ADN le exculpara. No tengo ninguna duda acerca de que hay hombres inocentes que acaban en libertad condicional después de que se los condene por abusos sexuales, igual que otros hombres también inocentes acaban en el corredor de la muerte. El problema es que no hay forma de distinguir con certeza los inocentes de los culpables. La mayoría de los asaltos sexuales a niños no dejan evidencia física y por ello no existe la posibilidad de constatación futura. En cualquier caso, lo que he visto es que cuando el cliente no admite que haya hecho algo que no debía, habitualmente no es posible ayudarlo de ninguna forma significativa.

Una segunda razón clínica para la terapia a largo plazo tiene que ver con la orientación de apoyo y rehabilitación que tiene el programa. Muchos de los hombres que derivan a tratamiento han perdido todo lo que tenían antes de que los detuviesen —la familia, el trabajo, los ahorros, la casa y el respeto—. Por eso, una parte del tratamiento comporta darles apoyo y aliento, y a veces guiarlos, cuando inician la difícil tarea de intentar reconstruir su vida.

FASES DEL TRATAMIENTO

Por motivos prácticos, en los tratamientos grupales de larga duración todos los grupos que se crean están abiertos, de manera que se incorporan regularmente nuevos participantes. Los otros programas de tratamiento que conozco permiten a los participantes empezar por asistir una vez a la semana y pasar de forma gradual a tres veces al mes, y finalmente a una vez al mes. El individuo permanece siempre en el mismo grupo durante todo el tiempo que está en tratamiento, lo que significa que éste se

centra sobre todo en el delito sexual del pasado, independientemente del tiempo que el individuo asista al grupo. Por el contrario, los programas que yo llevo a cabo constan de tres fases diferenciadas, y en cada una de ellas nos centramos en un aspecto diferente.

En la fase I, a lo largo de dos años de sesiones grupales semanales, se pone el acento en que cada uno de los participantes acepte la responsabilidad por sus acciones pasadas, a partir de reconocer el ciclo de conductas problemáticas que tuvieron como consecuencia el delito sexual, de identificar los factores que contribuyeron a que se produjese, y de desarrollar empatía por la(s) víctima(s). Esto comporta que cada hombre, cuando le llega el turno, comparte con los demás los detalles del comportamiento sexual delictivo por el que ha sido condenado (el equivalente en términos de mandato judicial a definir el «problema que presenta»). Trabajando junto con el terapeuta y con el grupo, desarrolla una comprensión de los diversos factores contextuales (y esto incluye los procesos de pensamiento, la historia personal y las circunstancias externas) que pudieron contribuir al comportamiento sexual inapropiado. Y, cuando es posible, participa en el programa de prevención de recaídas que he mencionado antes, para identificar las señales de peligro y desarrollar estrategias para evitar acciones o situaciones que puedan aumentar la posibilidad de recurrencia de la conducta abusiva.

En la fase II, los individuos asisten a sesiones de grupo quincenales durante un mínimo de un año. Se incide principalmente en las preocupaciones cotidianas —en cómo el individuo progresa en los objetivos vitales que ha establecido previamente y en que identifique mecanismos más útiles para hacer frente al estrés y la decepción—. Nos centramos también de manera continuada (cuando es adecuado) en que sean conscientes en todo momento de las conductas inadaptadas, en que identifiquen las señales de peligro y en que eviten las acciones o situaciones que puedan aumentar la posibilidad de recurrencia de la conducta abusiva.

En la fase III, los individuos asisten a sesiones de grupo mensuales durante un mínimo de dos años. Los temas en que nos centramos son similares a los de la fase II, pero prestamos más atención a abordar cuestiones relacionadas con el futuro de cada individuo —sus planes, objetivos, sueños y aspiraciones—. Después de dos años de participación en estas sesiones, si se evidencia en el individuo un equilibrio estable en su vida personal y laboral, usualmente recomiendo la terminación del tratamiento mandatorio.

Estas tres fases funcionan como claros marcadores contextuales, o «señales cuya función principal es clasificar contextos» (Bateson, 1972, pág. 289), que demarcan el cambio, y por tanto, el progreso en el tratamiento. Esto no es nada nuevo. El sistema educativo funciona de manera similar, y establece niveles que van superando gradualmente los estudiantes hasta que consiguen su título. Tampoco es distinto de lo que

se lleva a cabo en la terapia breve tradicional, en la que el terapeuta subraya los progresos por medio de alargar, de forma gradual el tiempo que transcurre entre sesiones, de una a dos, tres y cuatro semanas.

La esperanza es que, cuando el individuo haya completado el tratamiento, su mirada (y la del terapeuta) se dirija al futuro —ya no enturbiada por el delito del pasado, aunque siga teniéndolo presente—. Todas las decisiones relativas a trasladar alguien a un nivel más avanzado del programa recaen sobre mí.

El siguiente ejemplo de un caso ilustra algunos de los supuestos teóricos que he expuesto y demuestra hasta qué punto es esencial prestar atención a los detalles de la historia del cliente desde un enfoque de tratamiento sensible al contexto.

LA HISTORIA DE PAUL

Paul, un hombre de aspecto distinguido y complexión media, empezó la terapia conmigo cuando tenía 46 años. Le habían destinado a Florida en su nuevo trabajo y me lo derivó el agente de la libertad condicional de su comunidad para que iniciase el tratamiento al que estaba obligado por orden judicial.* Me reuní con él individualmente durante varias sesiones y después le incorporé en un grupo semanal de delincuentes sexuales formado por 12 hombres. Un miembro del grupo estaba en proceso de cerrar un acuerdo con la parte demandante para que rebajasen los cargos, mientras que otros que habían sido acusados de delitos sexuales mayores ya estaban en libertad condicional o excarcelados por buena conducta. Cinco meses después de empezar en el grupo, Paul estaba preparado para contar su historia. Restringió su descripción señalando que había estado en tratamiento por «depresión» y que tenía «poca memoria» para las fechas. Sin embargo, a lo largo de diversas sesiones fue perfectamente capaz de relatar con claridad los detalles de los abusos y de su historia personal.

Paul le explicó al grupo que le habían condenado por actos «obscenos y lascivos» relacionados con su hija de 15 años, Alice. Una noche que ella estaba enferma y con fiebre, él entro en la habitación y le lavó la cara y el pecho con un paño húmedo y fresco. Después le tocó los senos y la vagina, pero sin penetrarla. Esa noche volvió a la habitación «cuatro o cinco veces» y repitió esos mismos actos. Ella fingió que dormía. Paul dijo que había realizado «contactos prohibidos» antes, de vez en cuando a lo largo de un año y medio. Se describió a sí mismo como un «padre modelo» antes de esos sucesos, que tenía una «familia modelo», que consistía en él mismo, su esposa Jill, y sus tres hijos: Alice, su hermana Nancy que era tres años mayor que ella, y su hermano Calvin, que era diez años más joven.

Dos días después de ese episodio de abusos, Alice se lo contó a una amiga, y ésta se lo contó a su madre. Llamaron a la policía. La esposa de Paul le telefoneó al trabajo y le comunicó que el sheriff le había dicho que prefería no avergonzarle deteniéndole en el

trabajo si él estaba dispuesto a entregarse voluntariamente. Él obedeció de inmediato, no se buscó un abogado e hizo una confesión completa. En pocas horas salió bajo fianza.

Paul tuvo que marcharse de casa para que su hija pudiera retornar al hogar. Intervinieron los Servicios de Protección a la Infancia del entonces llamado Departamento de Recursos Humanos de Florida (HRS), que culparon inicialmente a la esposa de Paul por haber permitido que ocurrieran los abusos. Sin embargo, después de unos meses, dejaron de intervenir activamente con la familia. Paul fue a un psicólogo, que le pasó el test del MMPI y le dijo que pensaba que su conducta era «fuera de lo corriente» y con «poca probabilidad de repetirse». Pero también le dijo «puede que nunca lleguemos a saber» la razón por la cual Paul abusó de la hija más joven.

Cuando explicó esto en el grupo, Paul añadió que «despidió» al psicoanalista, porque él quería saber «por qué» lo había hecho.

Menos de un año después de que se denunciasen los abusos, Paul llegó a un acuerdo final con la justicia que se concretó en dos años de control de la comunidad y diez años de libertad condicional. Pudo conservar inicialmente su trabajo durante varios años como «mano derecha» de un negocio familiar. Sin embargo, seis meses después, su jefe, que estaba enterado de los abusos, a raíz de que consiguió un contrato con algunas escuelas de la zona, se puso nervioso y le despidió. Poco después, Paul accedió a pasar por una evaluación psiquiátrica y le recetaron Zoloft. Después de dos meses de medicación, se dio cuenta de que «desde hacía ocho años» no había sido él mismo, de que había estado «replegado en sí mismo y deprimido».

La semana siguiente, Paul continuó su relato y explicó brevemente su historia personal. Dejó el instituto en décimo grado,^{*} antes de acabar la enseñanza secundaria y pasó un año y medio en el ejército. Después de licenciarse, conoció a Jill, su futura esposa, en una fiesta. Los dos tenían 19 años. Fue la primera relación seria para los dos. Se fueron a vivir juntos poco después de empezar a salir.

Después de cinco años de vida en común, decidieron que querían tener hijos, y se casaron. Un año más tarde nació su primer hijo, una niña a la que pusieron de nombre Nancy. Jill trabajaba como contable, y ambos decidieron que dejara su carrera para quedarse en casa y cuidar del bebé. Tres años más tarde nació Alice, su segunda hija. Después de pasar de un trabajo poco cualificado a otro, Paul finalmente «tuvo suerte» y encontró un empleo en el servicio de correo de una empresa grande, donde después le animaron a que se presentara a un puesto que estaba disponible en el laboratorio de análisis. Durante ese tiempo, él y Jill hicieron amistad con otras parejas que tenían hijos pequeños. La familia y el matrimonio iban bien.

Varios años más tarde, les golpeó la tragedia. Los padres de Jill, que vivían cerca de ellos y eran parte importante de la familia extensa, murieron uno tras otro con un año de diferencia, el padre de cáncer y la madre del dolor por la pérdida. Volviendo la vista atrás, Paul describió que en aquellos momentos su mujer estaba «deprimida, replegada en sí

misma y mentalmente ausente». También por aquella época, Paul consiguió su primer empleo como informático. Aunque le gustaba el trabajo, tenía un jefe difícil que acabó por despedirle. Se deprimió y también empezó a replegarse en sí mismo.

Poco después, encontró un trabajo de categoría superior en el departamento informático de un aeropuerto importante, una oportunidad que él describió como «de infarto». Cuando le relataba al grupo ese período de su vida, Paul dijo que suponía que nunca había superado la depresión que le produjo que le despidieran de su primer trabajo como informático. Siempre habían vivido en el nordeste del país, pero su esposa quería que se trasladasen a Florida. Después de hacer una visita al estado, él estuvo de acuerdo y lo comunicó a la empresa. Tanto Paul como Jill, todavía afectados cada uno a su manera por las recientes pérdidas familiares y del trabajo de él, vieron el cambio como un intento de «empezar de nuevo».

En la siguiente sesión de terapia, Paul describió el traslado del lugar de residencia, y que Jill y él lo vieron como un cambio plenamente positivo. Su hijo, Calvin, nació poco después de que se trasladaran, y ellos estaban contentos con la escuela a la que asistían sus hijas. Sin embargo, Paul seguía teniendo dificultades para encontrar un empleo satisfactorio y estable, y los ahorros de la familia no iban a durar mucho más.

Cuando Calvin tenía dos años, Paul encontró un trabajo que le gustaba. Como Jill era una ama de casa a tiempo completo, no les sobraba el dinero, pero bastaba para cubrir sus necesidades, y los niños parecían felices y bien adaptados. Sin embargo, al cabo de poco tiempo Paul empezó a abusar sexualmente de Alice.

Al final de la sesión durante la cual Paul describió su historia familiar, añadió que estaba convencido de que en los primeros años de su infancia hubo algo relacionado con abusos sexuales. Acordamos continuar con el tema de su infancia la semana siguiente.

Para mí, el proceso de escuchar la historia de otra persona se parece mucho a leer una novela negra, algo que antes hacía a menudo. Hay que estar alerta (si se quiere descubrir el misterio) para identificar las claves enterradas entre un montón de informaciones irrelevantes y de tramas secundarias potencialmente engañosas. Sin embargo, el peligro no recae en obtener demasiada información, sino en descartar de forma prematura una línea concreta de investigación.

Prefiero que el cliente estructure su historia de la forma que desee, tanto para ayudarle a sentirse lo más cómodo posible mientras la relata, como por respeto al derecho de todas las personas a ser las propias autoras de su biografía. Paul eligió empezar con un breve relato de los abusos que cometió. Otros hombres dejan esto para el final, y prefieren empezar por otros antecedentes. A medida que se desarrolla la historia, yo voy asumiendo gradualmente un papel más activo y pido más información acerca de diversos aspectos de la vida del individuo. Si Paul no hubiese hablado de su infancia, en algún momento yo le hubiera sugerido que lo hiciera, porque estoy

convencido de la importancia que tiene la historia personal de un individuo para contribuir a dar sentido a sus comportamientos y actitudes actuales (Bateson, 1972; Charon, citado en Pryor, 1996).

Cuando el grupo se reunió de nuevo, Paul explicó historias de su infancia. Su padre se marchó cuando él tenía 3 años y nunca más supo de él. Su hermana mayor se fue con su padre, mientras que Paul y su hermano menor estuvieron con unos «campesinos de una zona apartada», una familia de acogida con la que pasaron dos años en una granja en el campo. Paul se sentía «abandonado» y se preguntaba por dónde andaría su madre.

Cuando posteriormente ella pudo conseguir un trabajo y un apartamento en Washington D. C., se llevó a los niños a vivir con ella, pero pasaban mucho tiempo con una canguro que, recordaba, miraba las series de la televisión. Paul se acordaba de que contrajo meningitis espinal y estuvo hospitalizado cuando tenía 5 años, pero no podía recordar cuánto tiempo permaneció allí. Hizo una pausa en su narración durante un momento y después comentó que su infancia había sido «una historia de un abandono tras otro»

Ésta fue una ocasión en que fallé y no presté toda la atención que debía a las posibles claves presentes. El tema del «abandono» se convirtió en fundamental para la comprensión de los abusos que construimos, pero en aquel momento no me di cuenta de su trascendencia. Más tarde, cuando aparecieron otros retazos importantes de información, pude encajar el abandono en la imagen más amplia de la vida de Paul, una imagen de la que formaban parte los abusos sexuales a su hija más joven.

Paul continuó con la historia de su infancia, y supimos que a los 12 o 13 años se volvió «rebelde» y le llevaron a un psicólogo para que le pasara unos «test». Cuando le detuvieron conduciendo un coche robado a los 14 años, su madre se «hartó» y cedió la tutela a la justicia porque era «incorregible». Entre los 14 y los 16 años, estuvo en diversos hogares de acogida. Como adulto, su comprensión de las cosas era que estaba poniendo a prueba a su madre para ver si ésta le abandonaría otra vez. Durante «20 años» su mujer le había estado diciendo que él necesitaba ayuda, y que «la ponía a prueba constantemente». Él negaba esas acusaciones y se esforzaba por tener «éxito».

Según Paul, a su hija Alice, que entonces tenía 17 años, era quien más le gustaba de sus tres hijos. Ella también era «rebelde» y, como resultado, él había sido estricto con ella. Explicó al grupo que Alice le había escrito recientemente su primera carta desde que le arrestaron. Describió la carta diciendo que tenía un tono «culpabilizador». Alice le preguntaba por qué había sido tan duro con ella, y decía que probablemente ella había «bloqueado el recuerdo» y se preguntaba si los abusos habían empezado antes de lo que podía recordar. Paul sentía que Alice parecía culparle por «todo lo que había salido mal en la vida de ella». Como respuesta, hice la observación de que el contenido de la carta no parecía tan importante como el hecho de que su hija había reiniciado finalmente algún contacto con su padre. Cuando finalizó la sesión de grupo, Paul parecía algo menos afligido.

Éste no es más que un pequeño ejemplo de las posibles múltiples interpretaciones de la mayor parte de las experiencias humanas. Esta flexibilidad de respuesta es el centro del concepto de reencuadre del MRI (Fisch y otros, 1982; Watzlawick y otros, 1974). Yo no intenté negar la reacción inicial de Paul a la carta de su hija. Tenía todo el derecho de sentirse mal a causa de ella. Pero quería ofrecerle una forma diferente de contextualizar el furioso mensaje que contenía la carta, en parte porque estaba preocupado a causa de que frecuentemente Paul parecía estar al borde de recaer en una desesperanza absoluta.

En nuestra siguiente sesión de grupo, le pregunté a Paul por dónde pensaba que debíamos continuar el relato de su historia. No estaba seguro. La carta de Alice le había disgustado mucho, en parte porque en ella mencionaba que el año anterior había intentado cortarse las venas. Con todo, se sentía algo más animado porque ella había iniciado un contacto. Revisamos algunos detalles de su infancia, y él comentó que «siempre había huido asustado del contacto estrecho con las personas», porque asumía que acabarían por «abandonarle». Relacionó esto con su necesidad de «controlar» como padre de familia: tenía que ser «a mi manera o de ninguna manera». Acostumbraba a jugar «peleando enérgicamente» y «luchando cuerpo a cuerpo» con los tres niños, y, una vez, cuando Alice tenía 13 años, empezaron también los «contactos prohibidos» durante esas actividades que en principio eran inocentes. Al tocarle los senos, notó que se excitaba sexualmente.

La semana siguiente, escribí en la pizarra de la sala donde manteníamos las sesiones grupales la cronología básica de la vida de Paul, destacando la progresión de su vida adulta, desde el matrimonio y la muerte de sus suegros, pasando por los pormenores de su errática vida laboral, y por el inicio de los abusos sexuales a su hija y el arresto posterior. Los detalles finales incluían en la cronología la decisión de Paul de tomar antidepresivos.

Aún no tenía una hipótesis de trabajo acerca de cómo encajaban los abusos a su hija en la vida de Paul y en la vida de la familia por entonces. Pero eso era sin duda lo que intentaba comprender, y es, en realidad, lo que intento construir en mi labor con cada cliente. Busco una solución satisfactoria al misterio de los comportamientos sexualmente abusivos de los individuos, para encajarlos en un esquema idiosincrásico que pueda dar sentido a las acciones de esos hombres en el contexto particular de su vida. Gran parte de la información que recojo solo es ruido de fondo, pero, si persisto, finalmente emerge una pauta significativa. Por supuesto, esta pauta no solo debe tener sentido para mí, sino también para el cliente (Fisch y otros, 1982).

En ese punto, Paul seguía incidiendo en la importancia de su infancia como «una historia de un abandono tras otro». Sin embargo, empecé a fijarme en otra pieza importante de la historia: que se hubiera dado cuenta de que no se sentía él mismo durante los años anteriores a los abusos. Yo no sabía exactamente adónde podía llevar esa línea de investigación, pero tomé la decisión de explorar cualquier posible relación entre los abusos y la aparente depresión crónica de Paul. Sugerí que quizás había

intentado superar la sensación de «desesperanza», una sensación a la que el teólogo danés Soren Kierkegaard se refirió como «esa enfermedad que conduce a la muerte», y le pedí que pensara acerca de qué forma encajaban aquí los abusos a su hija.* Utilizo la palabra «desesperanza» en lugar de «depresión», porque «desesperanza» sugiere un objeto. Es *algo* lo que nos desespera o por lo que nos desesperamos, y tenía curiosidad por conocer qué podía ser ese algo.

En la siguiente sesión, le pregunté a Paul acerca de la relación con su esposa antes y durante los abusos a su hija. No había dicho mucho por propia voluntad acerca de su matrimonio, todavía no, pero yo quería explorar el tema. He visto que, en muchos casos, una carga erótica en la relación con un niño (usualmente, con una hija o hijastra) tiene para el marido la función de una aventura extraconyugal. Paul contestó que, por aquel entonces, él y su esposa no hablaban mucho de ellos ni de su relación. Dijo que «hablaban de los niños», que «se llevaban bien» y que se encontraban «cómodos» en el matrimonio. Le pregunté por la relación con sus hijos y respondió que se sentía «más cerca» de Nancy, porque era «más fácil». Se sentía «enfadado» con Alice por ser tan difícil, y tenía miedo de que ella tomara el camino equivocado, como él mismo había hecho en la adolescencia. Podía «jugar a pelearse» con Alice, pero con Nancy no, porque ella era una «dama». Alice era «más dura que Nancy».

Paul comentó que estaba de acuerdo con todo lo que yo había dicho la semana anterior respecto a su sensación de desesperanza, pero que no veía «la relación de eso con los abusos». Añadió que, como perdió a su familia, llevaba todavía la desesperanza consigo: «He cogido la mejor parte de mi vida y la he tirado a la basura». Sabía que para Nancy él siempre sería su padre, pero no estaba tan seguro de si ocurriría lo mismo con Alice o Calvin. No consideré una cuestión importante que él descartase la relación entre la desesperanza y los abusos sexuales, pero seguía creyendo que podía ayudar a descifrar la clave de sus actos sexualmente abusivos. La búsqueda de pistas continuó.

En una sesión posterior, Paul describió la postal que había recibido de Alice con ocasión del día del padre. Ella había escrito que recordaba los buenos tiempos que habían pasado juntos y decía que todo el mundo comete errores, y que unos son peores que otros. Expresaba la esperanza de que él pudiera obtener toda la ayuda que necesitaba y así poder volver a pasar buenos momentos juntos.

El final de su contrato laboral de entonces era inminente y Paul aún no sabía adónde le llevaría su nuevo trabajo, por lo que tenía problemas de concentración y estaba «volviendo a caer en la depresión». Estaba afligido por estar lejos de su familia y por la cantidad de tiempo que restaba antes de quedar libre del control de la comunidad. Le animé a volver a tomar su medicación antidepresiva.

Después de dos sesiones de grupo en las que él no fue el centro de las discusiones, Paul, con aspecto agitado, pidió hablar en privado conmigo durante unos minutos. Salimos fuera de la sala. «Lo que quiero saber», dijo, «es por qué se me puso dura cuando toqué a mi hija». Ésta fue la primera vez que admitió de una forma tan directa

que había tenido una reacción física de excitación sexual durante los abusos. Empecé a hablarle sobre la respuesta sexual y la excitación sexual masculinas, pero me interrumpió. Nunca se había sentido excitado por Nancy o por ninguna de las amigas de sus hijas, incluso cuando se quedaban a dormir en la casa y andaban en camisón o escasamente vestidas. Únicamente le había pasado con Alice. No sabía qué responderle, pero le dije que encontraríamos la respuesta. Yo tenía muy presente que él había despedido al terapeuta que le dijo que quizá nunca llegarían a saber por qué había abusado de su hija.

Durante la sesión de la semana siguiente, pedí ayuda al grupo. Les dije que estaba «estancado» y, con el permiso de Paul, compartí con ellos sus comentarios acerca de que el centro de su atracción sexual había sido Alice. La gente que forma parte del grupo a menudo ayuda en la búsqueda de una comprensión de las cosas.

Paul dijo voluntariamente que echaba de menos la estrecha relación que tenía con sus hijas cuando éstas eran más pequeñas. Sentía que había perdido a Nancy al crecer, y tenía miedo de perder también a Alice cuando se fuera haciendo mayor. Cuestioné si podía existir una conexión entre su temor de que estaba perdiendo a sus hijas, sobre todo a Alice, y su excitación sexual. ¿Podía la excitación sexual representar una «cercanía imaginada» o un intento de permanecer próximo? Además, recordé que a Paul le enviaron a un hogar de acogida cuando tenía aproximadamente la misma edad de Alice en la época de los abusos. Especulé que quizás él no sabía qué hace un padre con un adolescente crecido, porque él no lo tuvo durante esos años, y de hecho no lo había tenido desde los 3 años.

Cuando Paul vino a la siguiente reunión, me pasó una copia de una carta que había escrito a su familia, pidiéndome que la revisara, ya que estaba preocupado porque transmitía claramente autocompasión. Por lo que dijo y por cómo lo dijo, me di cuenta de que al final había encontrado la explicación que había estado buscando. He aquí un extracto de la carta:

A mi familia:

Os echo mucho de menos a todos. Os quiero mucho a todos. Ya me he disculpado, pero sé que todos necesitáis de mí mucho más que eso. Mi problema es que no sé lo que necesitáis, o qué es lo tengo que hacer al respecto.

La terapia me ha ayudado mucho... Me gustaría compartir con vosotros lo que he aprendido acerca de mí mismo y de cómo ha afectado eso a cada uno de vosotros y a todos nosotros.

Nunca tuve una vida de familia. Nunca tuve un padre. Probablemente vosotros no podéis imaginar lo que eso significa. Yo desconozco muchísimas cosas que vosotros dais por hechas. A pesar de eso, lo he hecho lo mejor que he podido para aprender cómo ser un padre y me he esforzado mucho para contribuir a que hubiera amor en nuestra familia.

... lo he hecho sin tener ningún modelo de referencia. He seguido mi instinto y lo que he podido aprender en los libros...

Y después, vosotras, las chicas, crecisteis y os convertisteis en mujeres. Primero Nancy. Después Alice. De repente, yo ya no era un dios para vosotras. Empezabais a ver mis defectos. Todo el mundo los tiene, ya lo sé, pero internamente empecé a sentirme otra vez inseguro. En cierto modo, estaba volviendo a algo en lo

que ni siquiera quería pensar. Vosotras, por supuesto, desconocíais esto, y sé que nunca haríais nada que pudiera herirme. Pero, de repente, me encontré con que no sabía cómo relacionarme con vosotras.

Mientras tanto, Jill, yo te fallaba como esposo. Ni siquiera me daba cuenta de eso. Sentía que mantenía económicamente a la familia, ¿qué más hace un marido? No tengo ni idea. Y naturalmente te distanciaste de mí —quizá conscientemente o quizá no— cuando te diste cuenta de que yo no satisfacía las expectativas como puede hacerlo alguien que ha crecido en el seno de una familia. Ahora sé, entonces no lo sabía, que me replegué aún más en mí mismo. Ahora sé que me distancié porque no sabía qué hacer. Y entonces no me daba cuenta de eso.

Me sentía poco importante para mi esposa. Mis hijas se alejaban de mí, que es lo natural. Y una vez más, entonces no me daba cuenta de eso, pero ahora sí. Me preguntaba: «¿Dónde encajo yo aquí?». Yo era el hombre que llevaba el dinero a casa. Empecé a replegarme aún más.

Veo ahora que, en un intento de hacer «algo» para tener un papel en la vida de mis hijas, me convertí en una «figura de autoridad». Lo hice para ser algo más que el hombre que llevaba el dinero a casa. No lo hice porque no os quisiera; lo hice porque os quería, y deseaba tener una relación con vosotras. Ése fue el primer paso de mi enfermedad.

Durante la terapia salió una cuestión sorprendente acerca de mi pasado y de cómo esto había afectado posteriormente a mi vida. De nuevo, me asombró cómo era posible que yo mismo no lo hubiera visto antes de que me lo señalaran. A los 15 años pasé de tener poca vida familiar y un progenitor, a estar *sin* vida familiar y *sin* padres. Por supuesto, no tenía forma de saber cómo tenía yo que tratar, como padre o como parte de una familia, a mis hijos adolescentes. ¿Cómo he podido estar tan ciego y no haberme dado cuenta de esas cosas que veo ahora tan claramente?

No podéis imaginar —ninguno de vosotros— lo mucho que echo de menos a mis niñas. El vacío que hay ahora que no estáis. Lo impotente que me siento acerca de qué ser en vuestra vida ahora. Y ése fue el segundo paso de mi enfermedad. Y como me explicó mi terapeuta, el contacto físico aporta sensación de intimidad. Mi mente, en la que mis problemas se hallaban reprimidos, me explicaba que al convertirlos en jóvenes mujeres, al dejar de ser niñas, el contacto me daba intimidad.

Nunca tuve intención de hacer daño a nadie. Nunca pretendí sabotear mi matrimonio. Solo deseaba desesperadamente ser «algo» para vosotros...

Os quiero tanto a todos. Me siento tan solo. Intento seguir los consejos de mi terapeuta y no odiarme a mí mismo. Lo mejor que he sido capaz de hacer ha sido sobrevivir, así que puedo continuar siendo el proveedor. Es el único papel que veo para mí mismo. No tengo mapa. Estoy perdido. Siento haberos fallado. Siento continuar fallándoos. Ninguno de vosotros me ha fallado a mí. Estoy orgulloso de todos y cada uno de vosotros.

Os quiero a todos.

Contextos alterados, conductas alteradas

Para mí, uno de los aspectos interesantes de la carta de Paul es una frase que, con variaciones, casi se convierte en un estribillo: «Ahora lo veo, entonces no lo veía». No quiero sugerir que el *insight* lleve al cambio; sin embargo, creo que nosotros, los terapeutas breves, en nuestro deseo de distanciarnos de las «terapias orientadas al *insight*», hemos fallado a veces en reconocer que los cambios en los significados (es decir, el reencuadre) se pueden parecer mucho al *insight*. Es una cuestión, quizá, de semántica, quizá de algo más.

Todas las explicaciones no son iguales. Algunas son vacías o egoístas —una forma de atribuir la culpa a otro y mantener el statu quo—. Sin embargo, otras son capaces de influir radicalmente en la percepción actual de las cosas y en el comportamiento futuro.

Esto tiende a «cambiar el escenario o punto de vista conceptual y/o emocional desde el que se experimenta una situación, y a situarla en un marco diferente que encaja los hechos de una misma situación concreta igualmente bien o incluso mejor» (Watzlawick y otros, 1974, pág. 95). Una explicación de la conducta de Paul es que es un perverso, un delincuente sexual incorregible que, porque se «empalma» de forma diferente a los hombres «normales», fue capaz de llevar a cabo comportamientos monstruosos. Otra explicación es la que se expone en la carta.

Esto nos trae de vuelta al concepto de contexto tal como lo perfiló Bateson (1979, 1991). Si «los contextos no son más que categorías mentales» (Bateson, 1991, pág. 76), y «es el receptor del mensaje el que crea el contexto» (Bateson, 1979, pág. 47), entonces cada vez que alteramos la comprensión de una conducta concreta pasada o presente (nuestra o de otra persona), existe una gran probabilidad de que el contexto del que forma parte esa conducta también se transforme. Y un contexto modificado, como hemos visto en las dos historias que he relatado antes acerca de mi hija Rachel, nos puede llevar a elegir comportamientos diferentes en el futuro —en realidad, puede incluso hacer que esa elección sea inevitable—. Además, si la transformación es lo bastante significativa, puede, a su vez, convertir en casi imposible que continuemos actuando como en el pasado. Como sugirió Watzlawick y otros (1974): «No podemos volver fácilmente a la trampa y la angustia de una visión anterior de la “realidad”» (pág. 99).

Un ejemplo trivial de cómo una comprensión alterada puede abolir las antiguas conductas lo encontramos fácilmente en el juego del tres en raya. Los niños pueden estar entretenidos un buen rato intentando vencer a su oponente, pero tan pronto como se dan cuenta de que el enfrentamiento entre dos jugadores igualmente experimentados acabará siempre en empate, el juego deja de ser un reto, se convierte en predecible, y ya no resulta divertido.

Este nuevo *insight*, no sobre la naturaleza humana sino sobre la naturaleza del juego, lleva consigo una nueva comprensión de las cosas que imposibilita seguir como antes. Como me dijo Paul antes de compartir el contenido de la carta con el grupo: «Ya no soy ignorante, y no me voy a meter en problemas de nuevo».

Poco después de esta sesión, Paul anunció que, a la búsqueda de un posible trabajo, se iba trasladar inmediatamente a otra zona. Si no se hubiera marchado, hubiera seguido tomando parte en el mismo grupo hasta el final de su segundo año. Entonces, le hubiera hecho avanzar a la segunda fase del programa de tratamiento y, después de un año funcionando bien allí, a la tercera.

Aunque nunca presumo de estar en lo cierto, estoy razonablemente seguro de que tanto la transformación de la historia de Paul como la transformación asociada de su experiencia se mantendrá en el futuro, y será muy poco probable que se «meta en problemas de nuevo». Así, según los estándares convencionales de la terapia breve, el caso se puede considerar un «éxito». Pero los cambios contextuales de la terapia de un

individuo los contextualizan las relaciones familiares y las restricciones sociales, y, dado el cisma que los abusos sexuales crean en el seno de las familias, los delincuentes sexuales convictos como Paul se encuentran con que son limitadas las oportunidades para volver a conectar con las personas que aman y para recuperar la semblanza de una vida «normal».

A lo largo del siguiente año, mantuve unas cuantas reuniones de seguimiento con Paul, y una con él y su esposa. Él continuaba su lucha emocional a causa de la pérdida de su familia y vivía bajo el temor constante de que, como ahora estaba identificado como delincuente sexual en Internet, podía ser fácilmente reconocido por un compañero de trabajo o un vecino. La última vez que le vi, le quedaban 8 años de libertad condicional, pero permanecería en el registro de delincuentes sexuales de Florida, que es de acceso público, 20 años más, momento en que tendría casi 80 años de edad.*

Comentario

Aunque puede que muchos terapeutas breves no estén familiarizados con la población de mis clientes, el proceso del trabajo que realizo tiene mucho del sello que caracteriza al enfoque breve del MRI centrado en el problema. El tiempo que mis clientes pasan en terapia (habitualmente un mínimo de 5 años) es obviamente mucho más largo que el ideal de 10 sesiones que muchos terapeutas breves utilizan como referencia, pero a menudo esta cifra coincide con el número aproximado de sesiones de grupo dedicadas a construir la historia de un individuo. Y éste fue ciertamente el caso con Paul.

Pero, para mí, el número de sesiones es mucho menos importante para definir la perspectiva de la terapia breve que la teoría subyacente en este enfoque. Independientemente de la cantidad de tiempo que dedico a construir una historia con alguien, siempre llevo a cabo un trabajo informado que se nutre de los supuestos básicos que he expuesto con anterioridad, a saber, la apreciación del contexto; el profundo respeto por mis clientes, nacido de no considerarlos tan diferentes de mí mismo; y el supuesto de que la mayor parte de la conducta humana problemática se puede entender como un intento fallido de resolver alguna dificultad. El reto reside en poder definir cuál es esa dificultad.

Estos mismos supuestos son el núcleo del enfoque terapéutico del que han sido pioneros aquellos que han formado parte del MRI. La única diferencia que veo entre su trabajo y el que yo realizo tiene que ver con aquello en lo que se pone el acento. Mientras que el enfoque del MRI engloba tanto los esfuerzos dirigidos a alterar los comportamientos (mediante la asignación de tareas comportamentales) como los orientados a cambiar los significados que los clientes asocian a esas conductas (por medio del reencuadre), yo gravito cada vez más en torno a centrarme exclusivamente en esto último, en construir una comprensión diferente de las conductas abusivas de mis clientes. De esta comprensión alterada, emerge un contexto diferente. Entonces, como nos

recuerda Wilk (1985): «En un contexto distinto, una experiencia, una comunicación o una interacción tendría un significado completamente diferente, y por tanto sería algo completamente diferente» (pág. 214). Lo que cambia para mis clientes es su visión de los comportamientos sexualmente abusivos y, en última instancia, de sí mismos. En la mayoría de los casos, cuando se produce este giro, ya se ha completado la mayor parte del trabajo.

Cuando mi hija Rachel «reencuadró» el sentido que le daba a su accidente de coche, se convirtió en mejor conductora, en parte porque se dio cuenta de lo peligroso que podía resultar conducir. Confío verdaderamente en que nunca olvidará el momento en que ella cometió aquel grave error, y que eso mejorará su capacidad para hacer elecciones seguras en el futuro.

Estoy convencido de que les sucede algo similar a muchos de mis clientes cuando logran dar un sentido contextual a los abusos que cometieron, cuando son capaces de desarrollar una comprensión empática de la experiencia de los abusos infantiles, y cuando pueden entender claramente que la excitación sexual no es en sí misma un semáforo en verde que da vía libre para actuar, por mucho que les gustara eso entonces. Y también estoy convencido de que la mayoría de los hombres con los que trabajo, igual que lo hizo Paul, son capaces de recuperar la confianza en el deseo y la excitación sexual, y hacerlo de forma segura, teniendo siempre en mente que una vez hicieron una elección desastrosa.

Hay una excepción importante (y es realmente importante) a este objetivo de ayudar a mis clientes a sentirse cómodos otra vez con sus sensaciones y respuestas sexuales. Se refiere a aquellos hombres (que ya he mencionado anteriormente en este capítulo) cuyo objeto erótico principal son los niños pequeños, habitualmente los prepúberes. He trabajado con ese tipo de hombres a lo largo de los años, y algunos de ellos han ido tan lejos como para ser capaces de relacionarse con una mujer adulta y casarse con ella, o de mantener relaciones sexuales adultas con hombres o con mujeres, y a pesar de eso, han continuado deseando a los niños. También he trabajado, con más frecuencia, con hombres que nunca habían tenido una experiencia sexual con una persona adulta, y seguían así porque solo se sentían atraídos sexualmente por los niños. En estos casos, a medida que relatan su historia en las sesiones de grupo, el proceso que siguen no es tan diferente del de Paul o del otras personas. El objetivo continúa siendo alcanzar una comprensión contextual de la conducta abusiva. La diferencia estriba en que acabamos descubriendo que los abusos sexuales fueron el resultado de la orientación sexual básica del individuo, y no, como en el caso de Paul, el resultado de un conjunto singular de circunstancias, unidas a la excitación sexual y a la oportunidad.

Pero incluso en estos casos, es posible «normalizar» esa atracción, por lo menos hasta cierto punto. Esto se consigue admitiendo que ésta es parte de quién es la persona, y no una elección de la que es responsable. Después de todo, un hombre adulto por otro lado normal también puede verse atraído por los niños. La cuestión aquí no es la

excitación, sino más bien las elecciones que se hacen a partir de ella. En algunos casos, un cliente individual es capaz de llegar al reconocimiento genuino y al convencimiento de que independientemente del placer que asocia a las relaciones sexuales con niños, si actuara de nuevo según ese deseo y excitación, dañaría seriamente a esos niños por los que se siente tan atraído. Así, en algunos casos, el afecto que un hombre siente por los niños puede ayudarlo a evitar hacerles daño. Normalizar y alentar la empatía va unido, como ya he expuesto anteriormente, a las estrategias de prevención de recaídas, que conllevan no colocarse en situaciones donde exista oportunidad de cometer actos abusivos, ser consciente de sus pautas anteriores de asaltos infantiles, y demás. La seguridad es para estos hombres un proceso de por vida que comporta la elección diaria de un estilo de vida ligado al celibato.

Volviendo al comentario de cómo se relaciona mi trabajo con los entornos clínicos y las poblaciones de clientes más tradicionales, sospecho que algunos terapeutas breves del enfoque centrado en el problema con toda probabilidad afirmarían que legítimamente no se puede llevar a cabo un trabajo basado en los supuestos del MRI con clientes que realizan el tratamiento obligados por mandato judicial y mucho menos con delincuentes sexuales acusados de delitos mayores, que únicamente están en tratamiento porque eso es parte de las condiciones que exige la libertad condicional. Estos terapeutas quizá sostengan que el enfoque del MRI se aplica a clientes que buscan ayuda de forma voluntaria para resolver alguna dificultad ya identificada. Yo discrepo con esto, y señalo que raramente un terapeuta, por lo menos uno familiar, se encuentra con el lujo de trabajar solo con clientes que quieren estar en terapia y que están de acuerdo en cuál es el «problema». La diferencia principal, tal como lo veo yo, es que mis clientes llegan a la terapia (por lo menos al principio) a causa de una orden judicial que les obliga a ello, mientras que otros terapeutas trabajan con clientes que acuden porque otra persona de la familia (habitualmente un cónyuge o un progenitor) les ha presionado para que vayan. El objetivo en ambos casos es conseguir que el cliente «involuntario» se involucre al menos de alguna forma en el proceso terapéutico. En la gran mayoría de los casos, he podido conseguirlo.

Un último supuesto implícito en mi trabajo está mejor expresado en términos de Bateson (1991):

Puedo conocer algo acerca de los determinantes internos de mis propias acciones, y algo de la apariencia que tiene para mí el contexto de mis acciones. Pero ¿cuánto egomorfismo tengo que permitirme en la interpretación de las acciones y los contextos de los demás? No se puede dar una respuesta definitiva... Únicamente mediante el uso de la introspección, la empatía, y las premisas culturales compartidas —los productos de la socialización— puede alguien identificar la apariencia del contexto de otro (pág. 76).

Éste es, para mí, el reto fundamental de la terapia que llevo a cabo, y también la fuente de una humildad que es crucial, porque este asunto de construir la comprensión de los abusos sexuales se puede convertir con demasiada facilidad en una empresa arrogante. Intento vivir siendo coherente con la promesa que me he hecho a mí mismo

de que cada historia en la que yo participo en su construcción debe ser, hasta cierto punto, un intento meramente tentativo e incompleto —somos humanos— de responder a la pregunta: «¿Por qué?». Me consuelo en parte con la creencia de que intentarlo y equivocarme es a pesar de todo mejor que no intentarlo en absoluto. En el análisis final, las historias son realmente todo lo que tenemos. Pero las historias, como medio, son en sí mismas moralmente neutras. Pueden sembrar las semillas de la condenación, la negación y la desesperanza. También pueden proporcionar los frutos de la gracia, el recuerdo y la esperanza. Así, nos corresponde elegir, con cuidado y sensibilidad ética, las historias que contamos.

Bibliografía

- Bateson, G., *Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology*, Nueva York, Jason Aronson, 1972 (trad. cast.: *Pasos hacia una ecología de la mente*, Buenos Aires, Lumen, 1998).
- , *Mind and nature: A necessary unity*, Nueva York, Dutton, 1979 (trad. cast.: *Espíritu y naturaleza*, Buenos Aires, Amorrortu, 1993).
- , *A sacred unity: Further steps to an ecology of mind*, comp. de R. E. Donaldson, Nueva York, HarperCollins, 1991 (trad. cast.: *Una unidad sagrada: pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*, Barcelona, Gedisa, 1993).
- y M. C. Bateson, *Angels fear: Towards an epistemology of the sacred*, Nueva York, Macmillan, 1987 (trad. cast.: *El temor de los ángeles*, Barcelona, Gedisa, 1989).
- Fisch, R., J. H. Weakland y L. Segal, *The tactics of change*, San Francisco Jossey-Bass, 1982 (trad. cast.: *La táctica del cambio: cómo abreviar la terapia*, Barcelona, Herder, 1994).
- Flemons, D., *Completing distinctions*, Boston, Shambhala, 1991.
- , *Of one mind: the logic of hypnosis, the practice of therapy*, Nueva York, Norton, 2002.
- Gilligan, S. G., *Therapeutic trances: The cooperation principle in Ericksonian hypnotherapy*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1987.
- Haywood, T. W. y L. S. Grossman, «Denial of deviant sexual arousal and psychopathology in child molesters», *Behavior Therapy*, n° 25, 1994, págs. 327-340.
- Haley, J., *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M. D.*, Nueva York, Norton, 1986; trabajo original publicado en 1973 (trad. cast.: *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*, Buenos Aires, Amorrortu, 1980).
- Keeney, B. P., *Aesthetics of change*, Nueva York, Guilford, 1983 (trad. cast.: *Estética del cambio*, Barcelona, Paidós, 2001).
- Laws, R. D., S. M. Hudson y T. Ward, *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook*, Thousand Oaks, California, Sage, 2000.
- Leberg, E., *Understanding child molesters: Taking charge*, Thousand Oaks, California, Sage, 1997.
- O'Hanlon, S. H., *Taproots: Underlying principles of Milton Erickson's therapy and hypnosis*, Nueva York, Norton, 1987 (trad. cast.: *Raíces profundas: principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*, Barcelona, Paidós, 2008).
- Pryor, D. W., *Unspeakable acts: Why men sexually abuse children*, Nueva York, New York University Press, 1996.
- Rambo, W. C., *Fathers who molest their sons and daughters: An inquiry into understanding*, tesis doctoral sin publicar, Fort Lauderdale, Florida, Nova Southeastern University, 1999.
- Salter, A. C., *Treating child sex offenders and victims: A practical guide*, Newbury Park, California, Sage, 1988.

- Schwartz, B. K., «Introduction of the integrative approach», en B. K. Schwartz y H. R. Cellini (comps.), *The sex offender: Corrections, treatment and legal practice*, Kingston, Nueva Jersey, Civic Research Institute, Inc., 1995, págs. 1.2-1.13.
- Watzlawick, P., J. H. Beavin y D. D. Jackson, *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*, Nueva York, Norton, 1967 (trad. cast.: *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*, Barcelona, Herder, 2008).
- y J. Weakland (comps.), *The interactional view: Studies at the Mental Research Institute Palo Alto, 1965-1974*, Nueva York, Norton, 1977.
- , J. Weakland y R. Fisch, *Change: Principles of problem formation and problem resolution*, Nueva York, Norton, 1974 (trad. cast.: *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*, Barcelona, Herder, 2007).
- Wilk, J., «Erickson therapeutic patterns: A pattern which connects», en J. K. Zeig (comp.), *Ericksonian psychotherapy*, vol. 2, *Clinical applications*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1985, págs. 210-233.

**RE-COMPONER EL YO:
UN ENFOQUE RELACIONAL DEL TRATAMIENTO
DE LOS ABUSOS SEXUALES**

Martha Laughlin y Kate Warner

Y entonces hubo dolor. Abría brecha y penetraba incluso allí donde los sentidos se desgarraban. El acto de violar un cuerpo de 8 años tiene que ver con que un camello no pasa por el ojo de una aguja. Porque por el cuerpo de una criatura puede pasar el cuerpo del violador, pero no su mente.

MAYA ANGELOU

Yo sé por qué canta el pájaro enjaulado

Cuando se piensa en los abusos sexuales, probablemente se tiene alguna imagen en mente —quizá la de un padre mientras baña a su hija pequeña, la de una mujer que es violada o la de un entrenador que presta especial atención a un chico del equipo—. Sin duda, los horribles relatos y sufrimientos de los supervivientes a violaciones sexuales han llevado a muchos terapeutas a considerar tales abusos como algo que «impacta» a la víctima —una causa material que posteriormente produce efectos materiales en su vida: coito doloroso, recuerdos intrusivos, momentos terroríficos de desorientación, ataques de depresión profunda, autolesiones, autofobia, sensaciones de temor o desagrado con la pareja sexual, entre otros.

Esta perspectiva, que se refleja tanto en la literatura popular como en la académica, se extiende a la manera de concebir la terapia por parte de muchos profesionales clínicos (y de los clientes). El trabajo de un terapeuta es contrarrestar el impacto violento del perpetrador mediante el impacto útil de las intervenciones terapéuticas, que van dirigidas, metafóricamente, a «curar las heridas», a la «recuperación del trastorno», o a «recobrar el control» (véase, por ejemplo, Blume, 1991; Draucker, 2000; Foa y Rothbaum, 1998; Vanderlinden y Vandereycken, 1997). Y uno de los medios más aceptados para conseguir

tales objetivos tiene que ver con «liberarse de toxinas», por medio de recordar o reconstruir el abuso (véase, por ejemplo, Ainscough y Toon, 2000; Bass y Davis, 1994; Courtois, 1999; Salter, 1995).

Nosotras sostenemos la premisa de que la experiencia y el lenguaje no pertenecen al mundo de los *objetos*, donde la energía de un trozo de materia choca con la energía de otro trozo de materia (Bateson, 1972/2000). En lugar de eso, consideramos que pertenecen al mundo de las *relaciones* (Flemons, 2002, 2004). El abuso sexual tiene sin duda un componente físico —después de todo, se viola el cuerpo de la víctima—. Pero la *experiencia* del abuso y las consiguientes reacciones que desencadena no son cosas materiales que funcionan mecánicamente en la mente y en la vida del cliente. Las palabras del terapeuta no pueden instaurar la esperanza, controlar los síntomas, desterrar un impulso, amputar la rabia ni disolver el miedo. ¿Por qué? Porque el efecto de los abusos no es algo material localizado que se puede extirpar como un cáncer o destruir como una bacteria, y la terapia como cura de la palabra no es una forma de tratamiento quirúrgico o antibiótico que puede hacer desaparecer directamente los problemas.

Como nuestro enfoque es relacional, tenemos siempre presente las interacciones entre el abusador y la abusada, entre la abusada y los demás, y entre la abusada y ella misma* —sus sensaciones, ideas, emociones, percepciones, interpretaciones y comportamientos— (Flemons, 2002). Nuestro tratamiento del abuso sexual no está dirigido a conseguir que algo (un problema) desaparezca, sino a alterar de manera útil sus conexiones.

En este capítulo, describimos nuestra orientación relacional, de la que se nutren nuestras ideas informadas acerca de los síntomas, y de la definición y resolución del problema, e incluimos también segmentos de casos para ilustrar nuestros planteamientos. Esperamos que cuando llegue al final del capítulo, también a usted le parecerá posible y útil considerar los abusos sexuales y su tratamiento desde una perspectiva relacional.

Pensar relacionalmente

Un principio consolidado de la teoría de sistemas plantea que una parte de un sistema no puede controlar a la totalidad del sistema del que es parte (Bateson, 1972/2000; Keeney, 1983). Sin embargo, el lenguaje nos inclina a verlo de otra manera. El lenguaje descompone el mundo (y a nosotros mismos) en piezas y coloca las piezas una encima de otra y una contra otra, y proporciona así la ilusión de que una pieza puede controlar la otra (Flemons, 1999, 2003). Por ejemplo, una clienta acudió a nosotras después de un ataque de ira quejándose: «Mi rabia se queda con lo mejor de mí misma». Su descripción de lo ocurrido la separaba a ella de su «rabia», como si ambas no fueran parte de la experiencia de la misma persona. Y añadió: «No me voy a permitir a mí misma volver a estar así de enfadada otra vez», y esta afirmación comportaba que una parte de sí misma la controlaba a toda ella.

Ésta es la naturaleza de la reflexividad. Para observarse a uno mismo, para reflexionar sobre uno mismo (como por ejemplo cuando uno dice: «A veces me pregunto acerca de mí mismo»), hay que estar fuera para poder mirar dentro. Con todo, el «Yo» que contempla es la misma persona que el «mí mismo» que es contemplado. Cualquier parte de ti que te parece necesario controlar (rabia, depresión, falta de resolución, ansiedad, etc.) es tan tú como la parte de ti que lucha por controlarla. El lenguaje y la reflexividad de la conciencia consigue burlarnos siempre que consideramos (y también experimentamos) tales partes del Yo como totalmente separadas y excluyentes, cuando de hecho son partes complementarias de un todo más amplio (Flemons, 1999, 2002).

Este todo es un mundo de relaciones. Es imposible *no* estar integrado en múltiples conexiones simultáneas. Estamos en continua relación con las ideas (algunos de los estudiantes de MFT* se enamoraron del pensamiento sobre sistemas y el posmodernismo, y pensaron profundamente sobre él), con objetos materiales (Martha ama su piano, Kate adora su nueva silla de montar), con emociones (los adolescentes se enfadan con sus padres porque sus padres se enfadan con ellos), y con comportamientos (el chico que vemos desde la ventana imita las payasadas de sus amigos mientras bajan por la calle montados en sus bicicletas). Y, por supuesto, todos estamos en relación con nosotros mismos («¡Oh!, vaya fallo», se reprende Martha a sí misma consternada, «¡No puedo creer que te hayas olvidado la agenda!»).

¿Puede pensar en algo con lo que usted *no* tenga una relación? Quizás en alguna tontería irrelevante, como en el decimoquinto escalón del edificio del Capitolio en Washington. ¿No tiene que ver con usted, verdad? Pero ¡espere un momento! Al identificar el escalón como algo con lo que usted no tiene una relación, no puede evitar establecer una conexión con él.

El desmembramiento: la experiencia del abuso sexual

Nosotras suscribimos la definición de violencia de Maturana: «La visión sostenida por una persona o grupo de personas como verdadera acerca de que el punto de vista de otra persona o grupo de personas es errónea y debe cambiar». Dicho en pocas palabras: la imposición de la voluntad de una persona sobre la de otra (tal como lo citan en Sanders y Tomm, 1989; pág. 350). La violencia la perpetra el violador contra la persona que viola: la víctima. Un violador sexual fuerza su cuerpo dentro del cuerpo de la víctima y fuerza su voluntad dentro de la psique de ella.

Cathy Winkler (2002) relataba que un hombre irrumpió en su dormitorio en mitad de la noche, la sacudió para despertarla y después la apaleó y la violó. En un momento concreto, él dijo: «Sé que nunca has tenido un novio negro. Yo seré el primero» (pág. 21). Nombrándose a sí mismo como algo que no era, definió la violación como lo opuesto a lo que era, lo que llevaba implícito que su acto de fuerza era algo que ella deseaba. Al hacer esto, le robó a Cathy su humanidad y su dignidad —su capacidad para

elegir y definir su propia experiencia—. También se aseguró de que tendría una considerable presencia en su vida. Una de nuestras clientas, que no era una víctima de abusos sexuales, describió la ira que sentía por la indeseada relación que entonces tenía con el asesino de su hija: «No sé quién es él o dónde se encuentra en este mundo, pero estará en mi cabeza para siempre».

Aquellos que imponen la violencia a otros rompen la humanidad de la relación que tienen con la gente a la que hieren. Esto no se pierde en las víctimas, que ponen objeciones al uso de la palabra *víctima* y a la capacidad de ésta para referirse a un estado de no existir como persona, a un tiempo en su vida en que se les negó el más significativo de los actos humanos: la libertad de decir no.

Al declarar: «No, no estoy de acuerdo» o «No, no quiero» y «No, ¡no puedes hacérmelo!», proclamas la individualidad, la posición y la integridad que se deriva de definirse a uno mismo como diferente de la otra(s) persona(s) a la(s) que uno se opone. Esto es esencial en todas las interacciones humanas, incluso en las que no se perciben como ostensiblemente «violentas» por aquellos que se hallan involucrados en ellas. Jasmine y su marido Will vinieron a terapia para hablar de su problema sexual. Dicho sencillamente, él quería sexo, ella no. Al principio de la primera sesión, Will dejó claro lo que era el punto en cuestión. Dado, dijo, que el sexo es normal, que mucho sexo es normal para los hombres, y que él era extremadamente sexual, no había nada que le retuviera en la relación con Jasmine si ella no podía o no quería acceder a practicar el sexo con él tan a menudo como él lo deseara. Si Jasmine accedía al sexo indeseado, comprometía su integridad y se perdía a sí misma; si se negaba, mantenía su integridad y perdía su matrimonio. Atrapada en esta polarización, se sentía paralizada, incapaz de actuar o de elegir. Después de varias sesiones, Will, que reiteraba su convicción de que era Jasmine quien tenía el problema, dejó la terapia y, algunos meses después, también el matrimonio. Jasmine estaba profundamente triste, pero pasó por el divorcio conservando intacta su dignidad.

Sin la libertad de afirmar la diferencia, la igualdad se convierte en imposible y el acuerdo se convierte en sospechoso. En un contexto así, decir «lo haré» es, en el mejor de los casos, una insensatez, y, en el peor, una terrible traición a uno mismo. Solo cuando uno es libre de decir ¡no!, puede decir voluntaria e incluso vehementemente «¡sí!».

Si una niña puede rechazar la petición o exigencia de un adulto y sabe que de ninguna manera está amenazando con eso su relación, adquiere valor y autodeterminación, y tiene un claro sentido de sí misma que le permite disfrutar las posibilidades de conexión humana que se encuentran tan solo dentro de esa libertad relacional. Si es imposible rechazar la violación de su mente y de su cuerpo por parte de un adulto, lo que ella aprende es que el mundo no es seguro. Ésta puede ser una experiencia que altera la vida.

En la novela de Wendell Berry (1988) *Remembering*, Andy Catlett, un granjero, pierde la mano en un accidente con una máquina recolectora de maíz. Esta pérdida a su vez produce el desmembramiento de la relación con su esposa y sus hijos, con los vecinos con los que ha estado cultivando la tierra desde que era un niño, y con él mismo:

Su mano derecha era la que utilizaba para llegar hasta el mundo y vincularlo a él. Cuando perdió la mano, perdió su asidero. Era como si la mano siguiera siendo todo lo que era querido para él —y ya no estaba—. El mundo entero se convirtió para él en una pendiente empinada, y él, en el hombre que descendía por ella, tambaleándose y cayendo, incapaz de alcanzar el tronco, la rama o la raíz de un árbol para sostenerse.

La mano de Andy, «había imaginado muchas cosas, (pero) nunca imaginó su propia ausencia» (pág. 103).

Recordaba con nostalgia lo que le sucedía a la totalidad de su cuerpo, y lloraba la pena de su pérdida, igual que Adam recordaba el paraíso. Recordaba cómo su cuerpo se vestía solo, mientras su mente pensaba en otra cosa; cómo su mano derecha bailaba con una pareja sin gracia y la convertía en grácil... Ahora, la mano... había sido desechada, y él hacía el duelo por ella, como se hace por un manual o un mapa de incalculable valor que se ha perdido para siempre (pág. 28).

En medio de su rabia, su dolor y su vergüenza, cuando su mano desapareció, apareció una amarga sensación de traicionarse a sí mismo, lo que llevó a Andy a desconectar de su esposa y de sus hijos.

La gente que ha sufrido abusos sexuales habitualmente no sufre la pérdida material de una parte del cuerpo. Sin embargo, al igual que Andy, pierden la cómoda familiaridad que tenían con su cuerpo y con las personas a su alrededor. La violación sexual, especialmente cuando la perpetra alguien con quien la víctima tiene una relación afectiva, es un desmembramiento que puede dar lugar a consecuencias como mínimo tan dramáticas y de tan largo alcance como las generadas por la pérdida de un miembro del cuerpo.

Por supuesto, aquellos que entran en contacto y conocen a las víctimas de los abusos no notan una evidencia visible de la pérdida, porque lo que falta no es una «cosa» material. Lo que han perdido es la confianza esencial que entreteje la red contextual de las relaciones entre todas las personas. Poco o mucho, todos dependemos básicamente los unos de los otros para conocer y experimentar el amor, la seguridad, el autoconocimiento y la asignación de significados. Cuando esta dependencia mutua fundamental resulta dañada, viola la ética humana más básica (Freyd, 1998) y rompe no solo las relaciones sociales, sino también la relación que la persona tiene consigo misma. El resultado es una profunda confusión y angustia mental, y un potencial para que tenga experiencias problemáticas con su cuerpo y con su sexualidad, y también con sus pensamientos, percepciones, interpretaciones, sensaciones, emociones y comportamientos —y entonces se produce el tipo de síntomas que requieren intervención terapéutica.

Una persona que ha sufrido abusos sexuales a menudo se siente estigmatizada. La familia y los amigos que hubieran podido ser compasivos y darle apoyo, en lugar de eso, a causa de la impotencia, el miedo o la alarma, pretenden minimizar los abusos negando su ocurrencia, su impacto, su conciencia de ellos y la responsabilidad que tienen al respecto (Trepper y Barrett, 1989). Culpan a la víctima o insisten en que tiene que «superarlo». Como su presencia conlleva un recuerdo incómodo, se apartan de ella dejándola sola e incomunicada, encerrada en la conciencia o la creencia de que la ven como manchada. Esta percepción puede hacer más grande el vacío existente entre ella y las personas que ama, y llevar a que se sienta aún más estigmatizada, además de a una exacerbación de los síntomas.

Los síntomas de abuso sexual

Cuando una niña crece, una de sus tareas evolutivas importantes que tiene por delante es desarrollar un sentido de competencia, de autodeterminación. Los abusos sexuales le transmiten el mensaje de que ella está determinada por otra persona, y que no tiene voz ni voto sobre lo que le sucede a su cuerpo. Es otro, quizás alguien muy persuasivo, quien decide. Este mensaje choca con las lecciones evolutivas aprendidas acumulativa y experiencialmente desde el nacimiento. Las volteretas, las carreras y el ovillarse para dormir, le hacen descubrir la comodidad, el disfrute, las limitaciones, y las posibilidades, de su cuerpo. Pero cuando su *fisicalidad* ya no le pertenece, cuando un abusador abre una brecha en sus fronteras corporales, es posible que ella le vea como alguien que lo sabe todo, que lo puede todo, que es capaz de vigilar su existencia y mandar en ella.

La laureada antigua poetisa estadounidense Maya Angelou (1969) fue violada a la edad de 8 años por el novio de su madre, un hombre al que llama «señor Freeman» en su libro *Yo sé por qué canta el pájaro enjaulado*. En él describe la experiencia de estar completamente sometida a su control:

Yo sabía que me estaba muriendo y, de hecho, ansiaba la muerte, pero no quería morir en ningún lugar cerca del señor Freeman. Sabía que incluso en ese momento él no hubiera permitido que la muerte me llevara consigo a menos que él lo deseara (pág. 81).

Una de las formas de defenderse que tiene una criatura cuando no puede controlar el acceso a su propio cuerpo es separarse de él y dejar de sentir. Angelou describe en su libro que vivió durante años en una especie de niebla emocional; sus sentidos enmudecieron, y su percepción de la realidad era confusa y distanciada.

Los sonidos me llegaban apagados, como si la gente hablase tapándose la boca con un pañuelo o con las manos... Los colores tampoco tenían ya su intensidad genuina, sino que eran una vaga mezcla de tonos pastel tamizados, que no parecían colores, sino algo que me resultaba conocido y que se desvanecía. Se me olvidaban los nombres de las personas y empecé a pensar que me estaba volviendo loca (pág. 92).

Una niña que se siente querida se da cuenta del valor que sus padres dan a su existencia. Nota la alegría que su persona y su presencia aporta a sus vidas. Reconoce que se preocupan por su seguridad, su desarrollo y su independencia. Expresa sus sentimientos, incluida la rabia, sin miedo a que haya represalias. Estas experiencias — confianza, seguridad, preocupación, placer, independencia, aprecio— conforman su marco de referencia, que ella traslada al desarrollo de sus relaciones adultas. Una niña que ha sufrido abusos puede que no tenga ese marco de referencia para poder construir conexiones plenas.

Una de nuestras clientas adultas, Amber, relató que su padre siempre había tenido «mal genio» y empeoraba cuando de niña ella le hacía saber que necesitaba algo. Después de que empezara a abusar de ella, la rabia de su padre se volvió explosiva y empezó también a darle palizas. Ella aprendió a distanciarse de la ira y a ser como una «pared»: sólida, útil, que no requiere mantenimiento, que no desea nada y que no provoca la ira de nadie. No comprendía los asaltos físicos y sexuales de su padre, pero se acostumbró a minimizar sus efectos en ella. Su vida era mejor cuando, igual que una pared, podía estar presente y pasar desapercibida.

Los niños que han sufrido abusos sexuales viven en un estado de victimización desvalida, sin dignidad, sin recursos, no tienen voz para determinar lo que pasa en su cuerpo. No pueden luchar contra la situación ni tampoco pueden escapar de ella, y su percepción no acotada del tiempo les dice que así son las cosas, que no tienen final, que serán así para siempre. Como resultado, aparecen algunos síntomas predecibles.

Autoculpabilización, rabia, vergüenza, autofobia

Durante muchos meses después de que la violaran, Angelou (1969), transida de pena, permaneció muda. Describe que se sentía de lo más vil y despreciable, y explica su temor de que «mi simple aliento al hablar pudiese envenenar a las personas, que entonces se retorcerían hasta morir...» (pág. 87).

Atribuir la culpa señala una causa y crea la consoladora ilusión de que se puede controlar una vida que de otra forma parece completamente caótica e incomprensible. A pesar de la angustia psicológica que conlleva atribuirse a sí misma la culpa por los abusos, la niña que lo hace halla alivio de la profunda confusión que surge cuando le dedican una atención sexual que no desea, y que además puede producir placer sexual. La rabia por no ser capaz de detener la violación o hablar de ella, combinada con la autoculpabilización por la respuesta de su cuerpo, puede tener como consecuencia que la criatura sienta vergüenza y odio hacia sí misma.

Sarina, que sufrió abusos sexuales por parte de su hermano mayor, describía la permanente sensación de confusión y convulsión mental, que la llevó a ser «incapaz de conservarme entera». En el instituto, «me volví destructiva», tomaba drogas, bebía mucho, iba de fiesta y decía lo primero que se le ocurría a cualquiera que estuviese

cerca. «Tenía miedo de andar por ahí. Si pensaba algo, lo soltaba a pelo. Sentía que si ponía la mano en la entrepierna o el pecho de alguien, encontraría la forma de arrimarme a él y llevármelo al huerto. Me encantaba escandalizar a la gente.» Cuando las normas y las fronteras sociales han sido violadas, es lógico que la respuesta sea ir por la vida sin respetarlas.

Disociación, confusión, recuerdos intrusivos

Hace unos años, yo (Martha) tropecé con un avispero. Aterrorizada, eché a correr, y pisé una madera de la que sobresalía un clavo que atravesó el calzado y se me clavó en el pie. Sin pararme a pensar, me agaché, me saqué de un tirón la zapatilla, la tiré junto con la madera, y eché a correr como alma que lleva el diablo. Cuando volví después para recuperar la zapatilla, todavía bien clavada en la tabla, me di cuenta de que en el momento que el clavo atravesaba el calzado, y también en el momento después, cuando me lo saqué frenéticamente de un tirón, sentía el dolor tan lejano que casi parecía mental. Recuerdo que cuando pasó, y me di cuenta del pinchazo, pensé: «Oh, esto me va a doler». Pero en aquel momento en lo que me concentraba, lo que me preocupaba, era que el madero, clavado en la suela del zapato, *me impidiese huir*. Mi cuerpo suprimió el dolor para atender un problema más importante en aquel momento: sobrevivir al enjambre de avispas.

Los abusos sexuales pueden provocar una experiencia análoga. Reconocer la traición de otra persona puede ser doloroso, pero el foco de atención, la mayor preocupación, debe ser la supervivencia (Freyd, 1998).

Para el que sobrevive, el efecto de recortar esa conciencia puede tener como resultado una terrible confusión, y recuerdos desordenados o poco claros.

Una de las tareas fundamentales del gobierno en la novela de George Orwell, *1984*, era describir los sucesos políticos y sociales de forma que los ciudadanos «recordasen» la visión «preferente» de la historia. Esto describe oportunamente lo que una persona que ha sufrido abusos sexuales puede hacer sabiamente por sí misma. Cuando el dolor del pasado es sencillamente tan atroz que no se puede soportar, la gente lo borra o lo modifica para que vivir en el presente sea soportable. Consideremos lo que puede englobar exactamente esa agonía, y pensemos un momento en la posición en que se encuentra la niña. Como su supervivencia depende de continuar con el vínculo que tiene con el cuidador y recibir sus cuidados, lo mejor para ella puede ser no sentir, o posponer sentir, y olvidar lo que le hacen (Freyd, 1998). Si sentirlo o recordarlo enajena o enfada a la persona de la que depende su supervivencia, entonces disociar u olvidar parte de los abusos con el fin de conservar el conocimiento a raya puede ser especialmente sabio, porque, al coste que sea, tiene que conservar la relación con el cuidador (Freyd, 1998).

Dolor fantasma, miedo, irrealidad

La gente que ha perdido un miembro a veces experimenta dolor en una pierna o en una mano que ya no tiene. Las personas que han sufrido abusos sexuales padecen un dolor similar. Cuando una niña está enferma de miedo, cuando no se siente segura en su propia cama, cuando no se puede marchar de casa pero tampoco puede quedarse, cuando acalla todo aquello que la hace humana, cuando su percepción del mundo es que éste ya no es lógico ni predecible, cuando lo único que puede hacer es adaptarse a una vida en la que abusan sexualmente de ella, puede que experimente sensaciones muy reales de desintegración y fragmentación. Desconectada de sí misma, camina por la vida como un fantasma, incapaz de distinguir con claridad entre quién es ella y quiénes son los demás, entre lo que es real y lo que no lo es.

El sentido de irrealidad que atormentaba a Angelou (1969) la llevó a creer que en realidad no la habían violado, que «la pesadilla, y la culpa y el miedo que me acompañaba, fue algo que no me sucedió a mí. Le pasó hace muchos, muchos años, a una niña asquerosa que no tenía nada que ver conmigo» (pág. 159). Jamie, un hombre felizmente casado y padre de cuatro hijos, experimentó una sensación de despersonalización similar; se sentía como si no estuviera viviendo dentro su propio cuerpo. Vino a la terapia después de recordar, espontáneamente hacía casi dos años, que había sufrido abusos sexuales por parte del pastor de su iglesia. Estaba preocupado porque no podía dejar de llorar.

No tenía ni la más remota idea de que hubiera sufrido abusos sexuales. Cuando lo recordé hace un par de años tuve una conmoción. Anduve aturdido durante meses. Pensé mucho en las cosas que me hizo y después simplemente decidí que no hacía falta darle más vueltas. Yo pensaba que no me pasaba nada, pero me sentía raro, como si ya no fuera yo mismo. Estaba fuera de mí mismo. Era como un fantasma. Flotaba. Todo se movía a cámara lenta. Y yo siempre estaba muy, muy triste. El mundo entero me parecía triste. Pero algo me alteró mucho cuando el año pasado encontré por casualidad una vieja fotografía mía con otros chicos en el Club de Jóvenes Cristianos con el pastor Jim. Sin una razón lógica, me quedé mirando fijamente la fotografía y sentí un nudo en la garganta. Me sentí desesperado. Y me invadió una tristeza muy, muy profunda. Era como si hubiera venido alguien a decirme que mi hijo había muerto.

Jamie se paseó durante meses sintiendo ataques intermitentes de profunda tristeza. Sin ninguna razón aparente, pensaba de vez en cuando en los chicos del grupo del coro.

Y entonces, un día, mucho tiempo después de ver la fotografía por primera vez, me acordé de que yo quería al pastor Jim. La noche anterior había tenido un sueño más bien raro en el que yo estaba en un hotel y le cantaba a él un lamento terriblemente triste, excepto que tenía la edad que tengo ahora, y me desperté consciente de lo que había sucedido. Estaba más cerca del pastor Jim que de mi propio padre. Le quería como a un padre. Fue entonces cuando empecé a llorar. Y ahora lloro un par de veces todas las semanas, y me siento muy triste.

Jamie describió que el pastor Jim formó un club de jóvenes en la iglesia, que les llevaba de excursión al campo, de camping y a visitar gente de la parroquia que necesitaba ayuda. A Jamie le encantaban aquellas actividades y estaba orgulloso de su

trabajo de servicio a la comunidad; limpiaba propiedades, construía cobertizos para almacenamiento, y sustituía la madera podrida de los porches, entre otras cosas. El club era una «pequeña celebridad local» y la comunidad adoraba al pastor Jim y a su iglesia.

Yo crecí en una ciudad rural muy pequeña donde nunca pasaba nada. El pastor Jim era el hombre que hacía que pasaran cosas. Era el que movía y animaba las cosas, el hombre que transformaba una ciudad que de otra forma estaría muerta y hacía que cobrase vida. Amaba plenamente a su iglesia y a su ciudad. Era realmente una buena, buena persona. De alguna manera, acercó el gran mundo hasta nosotros, y yo le admiraba y le respetaba. Le quería. Todos le queríamos.

Cuando hizo esta última afirmación, estalló en profundos sollozos que se prolongaron varios minutos. Esperamos hasta que pudo escuchar lo que nosotras expusimos que habíamos entendido, y entonces le dijimos lo siguiente:

La primera vez que recordó los abusos sexuales, usted pensó en ellos en términos de «las cosas que me hizo», en términos de los actos sexuales en sí mismos. Aunque ser consciente de ello fue una terrible conmoción para usted y le dejó aturdido, usted se decía que no le pasaba nada. Pero continuaba sintiéndose un poco triste, y después, casi un año después, tras descubrir la fotografía, empezó a sentirse terriblemente, terriblemente triste. Usted estaba recordando una muy, muy profunda herida, no una herida superficial. En lo que usted pensaba entonces era en el daño que sufrió su relación con él. Él la destrozó. He aquí un hombre de lo más agradable, adorado por la ciudad entera y por toda la parroquia. Usted le quería, era como un segundo padre para usted. Que alguien tan estimado pueda hacerle esas cosas era una terrible traición para usted.

Jamie empezó a sollozar de nuevo.

Los abusos del pastor Jim dejaron a Jamie sumido en la experiencia irreal de no estar presente en su propia vida, como un fantasma flotando por el mundo. Los actos sexuales que le impusieron desmembraron su admiración y su cariño por aquel adulto que era su mentor y socavaron las ideas que a su edad podía tener acerca del mundo. Se encontró forzado a enfrentarse a un enigma que estaba más allá de la capacidad que tenía para resolverlo en aquel tiempo dada su juventud: el concepto paradójico de que personas muy buenas pueden hacer cosas muy malas. Las violaciones del pastor Jim convivían codo con codo con sus buenas obras, su genuino amor por la comunidad y la congregación, y su benevolencia cristiana.

Es importante mencionar que a pesar de que los abusos le habían afectado profundamente, a Jamie le desconcertaba la idea de que podía estar traumatizado (Freyd, 1998). Subrayaba que no le forzaron, aterrorizaron o amenazaron, y que ni siquiera le hicieron daño físico. Dicho con sus propias palabras: «Abusaron de mí cariñosamente». Centramos entonces nuestros esfuerzos terapéuticos en la dirección de ayudarle a aceptar que la bondad del pastor Jim no negaba que había violado a Jamie, y que la violación no negaba su bondad cristiana. Jamie descubrió que podía querer al pastor Jim y reconocer que su mentor había traicionado el afecto que sentía por él. Éste fue el principio de re-

composición de la relación consigo mismo, el principio del cambio terapéutico. Pero nos estamos adelantando. Antes de empezar a hablar sobre el cambio, queremos abordar la relación que existe entre mapa y territorio.

Mapas y territorios

Hasta ahora, en este capítulo nos hemos centrado principalmente en la comprensión teórica de los abusos sexuales y en describir las diversas formas en que afectan a las víctimas. Otros, como Maltz (2001, pág. 260), han presentado, más específicamente, la descripción de la variedad de síntomas sexuales y de otro tipo, que son comunes entre las personas que han experimentado abusos sexuales, entre ellos:

- tener miedo al sexo o evitarlo;
 - enfocar el sexo como una obligación;
- experimentar intensas emociones negativas cuando les tocan, como temor, culpa, desagrado o asco;
- tener dificultades para excitarse o para percibir las sensaciones;
- sentirse emocionalmente distante o no presente durante el sexo;
- llevar a cabo comportamientos sexuales compulsivos, arriesgados o inapropiados;
- tener pensamientos sexuales o fantasías perturbadores e intrusivos;
- tener dificultades para establecer o mantener una relación íntima.

Tal información puede ser útil, aunque solo sea por el reconocimiento de que profesionales clínicos experimentados han identificado pautas de síntomas sexuales o de otro tipo considerados característicos de personas que han sido violadas: rabia, vergüenza, imagen corporal distorsionada, disociación, autolesiones, recuerdos intrusivos, miedo, recuerdos repentinos de escenas del pasado, depresión e intentos de suicidio (véase, por ejemplo, Dolan, 1999; Sheinberg y Fraenkel, 2001). Pero por importantes que sean estos antecedentes, no son, en sí mismos, suficientes para ayudar a los terapeutas a saber cómo ayudar a las personas.

Para explicar mejor a qué nos referimos con esto, queremos compartir una declaración de descargo que presentamos al principio de un curso que impartíamos bajo el título «Problemas de tratamiento». Era algo así:

El término «abuso sexual» es una de las muchas categorías comparables de experiencias humanas problemáticas, que incluyen la depresión, el duelo por las pérdidas, los trastornos de la alimentación, la ansiedad, los ataques de pánico, las enfermedades crónicas, el divorcio, la violencia doméstica, las adicciones sexuales, las disfunciones sexuales y el consumo de drogas. El supuesto invisible detrás de un curso como éste es que si conocemos los pormenores acerca de cada uno de estos problemas, entonces sabremos cómo tratarlos. Esto es inexacto y engañoso. La información acerca de los problemas es una cara de la moneda, y el conocimiento práctico de la terapia es la otra. Las dos se necesitan mutuamente, y cada una es sugerente para la otra, pero ninguna se sostiene por sí sola ni tampoco es igual a la otra.

Las diferencias entre estas dos áreas de conocimiento se reflejan en la observación de Jay Haley: «Ninguna categoría tradicional de diagnóstico es un problema resoluble» (1987, pág. 38). Haley nos inspira a recordar que nuestro trabajo estriba en tratar a los individuos y sus experiencias únicas, no las categorías que utilizamos para clasificar los problemas y las personas que los sufren. Nosotras, por ejemplo, no pensamos que estemos trabajando con «una mujer apaleada» o con «una víctima de abusos sexuales». Nuestros clientes han tenido experiencias que comparten el mismo nombre (como violación o abusos sexuales infantiles) que las que han tenido otras personas, pero cada individuo en función de su idiosincrasia saca conclusiones diferentes sobre sí mismo, sobre el mundo en que vive, sobre la naturaleza de la gente, y sobre si hay o no esperanza para el futuro.

Por eso, nosotras leemos literatura científica para descubrir lo que han aprendido otros profesionales clínicos, leemos el relato de los supervivientes acerca de sus *insights* (y recordamos los que nos han proporcionado nuestros clientes anteriores) y leemos también buena literatura de ficción, una fuente excelente de nuevas perspectivas, de sabiduría, de metáforas y de inspiración. Después, acomodamos todo esto, junto con nuestras ideas acerca de cómo ayudar a las personas, en la mochila donde guardamos los mapas, y escuchamos atentamente lo que nos dice el cliente que tenemos delante, trabajando para entresacar de lo que expone una definición del problema clara y resoluble. Empezamos por preguntar cómo el cliente (u otras personas en su vida) considera que la experiencia de los abusos sexuales en el pasado está planteando su lucha actual o contribuyendo a ella. Pero, ¡oh!, esperad un momento. Volved. ¿Habéis dicho mapas?

Sí, eso es. Para nosotras, el conocimiento experto —la información que llevamos con nosotras a cada sesión y que informa sobre lo que preguntamos y lo que decimos— es un mapa, y, como nos recuerda Bateson (1972/2000), el mapa no es el territorio. El conocimiento clínico acerca de la categoría «abusos sexuales» es un mapa, no la *verdad* acerca del trauma del individuo. Preferimos que el cliente nos guíe a través del territorio de su vida y de sus experiencias. Hacemos todo lo que podemos para asegurarnos de que nuestros mapas sean completos y orientados a lo relacional, pero aun así no son representaciones objetivas del ser humano que tenemos sentado delante. No queremos olvidar esto, igual que no queremos que nuestras ideas se conviertan en un lecho procrusteano en el que intentemos encoger y estirar a nuestros clientes. Si nos perdemos, sacamos el mapa como guía, pero nuestro trabajo es adaptarnos para encajar con la persona con la que trabajamos, no lo contrario. Vimos una vez a un cliente, Danny, que nos recordó los peligros que conlleva el pensamiento de aquellos terapeutas que tienen todas las respuestas.

Cuando Danny vino a nuestra clínica, estaba tan enfadado que parecía que le había picado una avispa. Él y su pareja desde hacía siete años, John, habían estado en terapia en otro lugar para trabajar sus desacuerdos sobre el dinero, el sexo, los parientes políticos

y las decisiones relativas a sus respectivas carreras profesionales. Aunque a Danny le gustaba la terapeuta y quería continuar la terapia con ella, estaba al mismo tiempo enfadado por la insistencia de ella en que antes de poder resolver sus problemas con John, tenía primero que trabajar el tema de los «abusos sexuales sin resolver que sufrió en la infancia». Después de conseguir esquivar el tema durante casi un año, finalmente Danny accedió a abordarlo con ella, pero mientras tanto acudió a nosotras para obtener una segunda opinión.

Danny deseaba no haberle contado a John los abusos que soportó de niño, porque éste, que era trabajador social, no los iba a dejar pasar. Desde la perspectiva de Danny, no tenía sentido remover cosas que habían ocurrido hacía tanto tiempo y que con solo pensar en ellas le daban náuseas. Él sabía lo que había sucedido y prefería ignorarlo, así que, nos preguntó, ¿estaba él negando los abusos, como insistía en afirmar su terapeuta? ¿O podía ser que a veces los abusos sexuales se resolvieran solos?

A pesar del diagnóstico bien intencionado y expuesto con delicadeza de su terapeuta, Danny se tomó como una acusación lo que ella describió como «negación». Para él, esa etiqueta significaba un rechazo patológico de la realidad. Una persona realista hubiera aceptado los hechos, por duros que fueran, y a esa necesaria aceptación solo se podía llegar por medio de ahondar abiertamente en los detalles que había enterrado. De hecho, desde la perspectiva de la terapeuta, la aceptación era la única respuesta «sana» posible. Hacía falta derribar las barreras levantadas por la negación de Danny para poder acceder a la *verdad*.

El cuestionamiento de la terapeuta colocó a Danny en un vínculo paradójico del que le resultaba difícil soltarse. Si rechazaba la etiqueta de la negación, eso significaba justamente que estaba negando su negación. ¡Vaya! ¡Negación por partida doble! Con esto demostraría su «resistencia» y su «poca motivación para el tratamiento». Si, por el contrario, aceptaba esa etiqueta, entonces aceptaba también una descripción de sí mismo en términos de disfuncional o patológico, lo que requería no confiar en su propia percepción. En resumen, las opciones de Danny se reducían a aceptar que estaba enfermo o aceptar que estaba equivocado. Y si no se decidía por una de las dos, la terapeuta podía considerar que se daban ambas cosas.

Durante la única sesión que mantuvimos con él, no contestamos directamente a las preguntas de Danny. Nos dábamos cuenta de que si nuestras respuestas apuntaban a que la terapeuta o él estaban equivocados, podíamos acabar desautorizándolos a ambos. Así que, en lugar de eso, le explicamos historias de personas que, contra todo consejo experto y conocimiento profesional actualizado, se habían ceñido a sus propias ideas y habían triunfado. Mencionamos a personas que seguían vivas muchos años después de que les diagnosticaran una enfermedad que amenazaba su existencia, y de que los médicos les dijeran que tan solo les quedaban unos meses de vida. Le contamos ejemplos históricos dentro del campo legal y militar, en que alguien se había opuesto a la recomendación de un superior y había acertado. Destacamos que durante la época en

que al alcoholismo se consideraba una enfermedad terminal, Bill W. se negó a creer que iba a morir y fundó AA.* Hablamos de las numerosas personas que, a pesar de pasar por horribles experiencias infantiles soportando abusos, abandono y pobreza, nunca han ido a terapia y, aun así, se las han arreglado para construir una vida satisfactoria y feliz. Sugerimos que, de hecho, a veces son precisamente esas experiencias las que aportan algún tipo de sabiduría, y las que enseñan importantes lecciones acerca de qué hacer y qué no hacer en las relaciones.

Comentamos la enorme fortaleza y coraje de las convicciones de Danny. Destacamos que era notable que se hubiera mantenido en sus trece contra la insistencia de la terapeuta durante tantos meses, sobre todo teniendo en cuenta la posición de ella como profesional. Que fuera capaz de escuchar su propia voz y decidir por sí mismo lo que era mejor para él, en lugar de fiarse del consejo de una persona experta, era admirable y daba fe de su extraordinaria fortaleza de carácter y de su capacidad de conocerse a sí mismo. Nos preguntamos en voz alta si habrían sido precisamente esas capacidades las que le habían permitido superar los abusos sexuales y especulamos acerca de qué otras cosas podría descubrir si las aplicaba más a su relación con John y con su terapeuta.

Re-componer: resolución terapéutica del problema

Como le dirá cualquier persona que alguna vez se haya lesionado la espalda, cuando sientes el dolor intentas combatirlo. La inclinación natural es intentar ir *en contra* de él, y ponerse tenso en la batalla para *controlarlo*. Si el dolor persiste, puede que te sientas ansioso o que te asustes cuando ves que fracasan tus esfuerzos para contrarrestarlo. Aunque el dolor remita, es posible que sigas ansioso porque anticipas que volverá a aparecer. La ansiedad y el temor contraen los músculos y reducen el flujo sanguíneo, lo que genera más dolor, que a su vez provoca más ansiedad, etc. Al principio, la ansiedad, el temor y la tensión son intentos de solución, esfuerzos para resolver el problema del dolor por medio de cortar la relación con él. Pero a medida que se repite el ciclo doloroso, ese «más de lo mismo» (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974) da lugar a más ansiedad y temor, la solución queda enredada en sí misma sin esperanza, y ese enredo crea aún más problemas. Flemons (1991) lo resume así:

Son precisamente los intentos de erradicar los problemas los que... garantizan una exacerbación de la situación original. La solución y el problema se definen mutuamente; es imposible que un extremo de una distinción destruya el otro extremo —cualquier respuesta de oposición no hace más que subrayar la relación, y así intensifica el problema y reitera su intratabilidad (pág. 93).

Si los clientes y los terapeutas tratan un problema personal como si fuese algo material, como una cosa separada que se puede arrancar y tirar después, establecen una relación de oposición con él. Si usted siente que está deprimido y considera su depresión

como una «cosa» de la que ya ha tenido de sobra, entonces la única acción posible que puede emprender es ir en contra de ella, declararle la guerra. Si se defiende contra ella, si se fuerza a la acción, si se exige no sucumbir, entonces está asumiendo erróneamente que una parte de usted (su voluntad, su lógica o su ambición) puede triunfar contra otra parte de usted (su depresión).

Si los problemas fueran cosas, entonces *sería* posible destruirlos, pero si intenta negar la relación que tiene con ellos, lo único que consigue es crear otra relación (Flemons, 1991, 2003). El marido que no puede dejar de pensar en la esposa que le dejó nunca conseguirá olvidarla si se exige a sí mismo fervientemente: «No voy a pensar en ella nunca más. La voy a borrar de mi mente». Y al igual que los clientes no se pueden deshacer de sus problemas por medio de intentar negarlos, nosotros tampoco podemos ayudar a los clientes simplemente diciéndoles que se abstengan de realizar esos esfuerzos negativos. Si le hubiéramos dicho al marido del ejemplo mencionado que parara en sus intentos de dejar de pensar en su esposa, hubiera sido como pedirle que negara su negación (Flemons, 1999, 2002). En lugar de eso, tenemos que encontrar formas de ayudar a los clientes a cambiar su experiencia. Consideremos dos clientes distintos, Andrea y Colleen, cuyos problemas empezaron como intentos de solución, como esfuerzos para protegerse del dolor.

Andrea, una mujer de casi 30 años, que había sufrido abusos sexuales por parte de su padre, explicó que «había mantenido relaciones sexuales con demasiados hombres», porque, dicho con sus propias palabras: «Quiero demostrarme a mí misma que soy normal». Un terapeuta que trabajase a partir de un modelo de tratamiento tradicional quizá le hubiera explicado a Andrea que estaba pasando por un período de «conducta sexual transgresora» y hubiera caracterizado su comportamiento como un síntoma patológico de los abusos sexuales. Sin embargo, desde nuestro punto de vista relacional, la conducta de Andrea era un intento de solucionar el problema de sentirse anormal, un esfuerzo para considerarse normal. Pero cuando se encontró con que el sexo solo le aportaba un alivio temporal, y con que fracasaba como solución absoluta, se inició una escalada en sus comportamientos. El sexo generó más sexo, que al final acabó siendo «demasiado sexo». Lo que originalmente pretendía ser una solución se convirtió en un problema.

Independientemente de cuán extraña nos pueda parecer desde fuera la conducta de un cliente, no creemos que la gente se levante por la mañana y diga: «Voy a vivir lo más errática e irracionalmente posible» u «¡Hoy voy a tomar decisiones ridículas!». Bateson (1972 / 2000) nos convenció hace mucho tiempo de que todas las conductas tienen sentido en su contexto, así vemos nuestro trabajo —un trabajo que es todo un reto— como un proceso de contextualización, y, por tanto, de dar sentido a los comportamientos aparentemente absurdos, ilógicos, dañinos o inútiles de las personas.

Colleen, de quien también había abusado sexualmente su padre, sufría a causa de una gran tensión, como resultado de la temerosa vigilancia que acompañaba cada momento suyo de vigilia. La tensión estaba ligada a protegerse constantemente de que otros pudieran considerarla una perversa.

Sin embargo, cuando le pedimos que se fijara en lo que otros podían captar en ella, descubrió que «desde fuera no se me nota, y por eso nadie se da cuenta de lo retorcida que soy». Esta observación la llevó a concluir que, dado que los abusos no eran evidentes desde fuera, no debían serlo tampoco desde dentro. Cuando decidió que sencillamente podía ser ella misma «y no un monstruo que mantuvo relaciones con su padre», la tensión no resultó en un ciclo de escalada de más de lo mismo.

Las metas generales del tratamiento de muchos enfoques terapéuticos de los abusos sexuales son ayudar a los clientes a recuperarse de los síntomas, y a recobrar el poder y el control (Dolan, 1999; Sheinberg y Fraenkel, 2001; Trepper y Barrett, 2000). Muchos terapeutas asumen que tal recuperación y restauración requiere que los clientes se hayan «curado», por medio de haber recordado y «trabajado» concienzudamente los detalles de las violaciones en gran parte olvidados (Briere y Scott, 2006; Frederickson, 1992). Sin embargo, como nosotras no nos guiamos por metáforas de heridas, patologías y distorsiones, no buscamos curar a los clientes. Para nosotras, los daños permanentes de los abusos sexuales se producen al nivel de las relaciones y conllevan la ruptura de las conexiones vitales. Freyd (1998) lo llama el trauma de la traición. Nosotras lo llamamos desmembramiento relacional. En lugar de alentar a los clientes a recordar los abusos, nos orientamos a recomponer las conexiones rotas consigo mismos, con su sexualidad y con otras personas.

Cuando Andy Catlett, el granjero de *Remembering*, la novela de Wendell Berry, pierde la mano en un accidente con una máquina recolectora de maíz, «cree que ha fallado» (pág. 35), y, abrumado por la rabia y la culpa, se distancia de sí mismo, de su familia y de sus amigos. Antes del accidente, siempre había sabido que sus discusiones con su esposa, Flora, «tenían que ver con la dualidad: ambos anhelaban ser dos en uno solo, o uno solo con dos mitades indivisas» (pág. 34). Pero después de que «la máquina se llevara su mano» (pág. 34):

Ya no tenía fe en sí mismo, ni fe en la fe de ella en él, ni fe en ella. Ahora las disputas no solucionaban sus diferencias y los unían, sino que todas las disputas eran una misma disputa sin fin (...) Ya no giraban en torno a la dualidad, sino a la división, al frío espacio infinito que se creó entre los dos (pág. 35).

La brecha en las fronteras que causan los abusos sexuales genera de manera similar frías divisiones dentro de la propia persona y entre las personas, destruye la confianza y forja la culpabilidad, la rabia y la confusión.

En algún punto de la novela, Andy recupera la capacidad de confiar de nuevo —en sí mismo y en su esposa—. Se da cuenta de que la vida de él y Flora juntos, la granja que han construido, los hijos que han criado, «siempre han dependido de la confianza»

(pág. 110), y reconoce que la confianza siempre requiere un acto de fe, porque «no podemos saber lo suficiente como para confiar. Confiar es simplemente entregarse; la entrega es para el futuro, del que no hay evidencia. Y, una vez entregado, el Yo no puede esperar ser devuelto, sea cual sea la evidencia» (pág. 110). Andy deja de intentar «ser devuelto», deja de distanciarse. Empieza a perdonarse a sí mismo y busca el «perdón de todos y de todo de lo que se ha apartado» (pág. 113).

El desarrollo de la confianza y el perdón tiene que ver con la reparación, con la re-composición de la relación que la persona tiene consigo misma y con los demás. Consideramos la re-composición una útil metáfora relacional para comprender el cambio terapéutico. En lugar de apresurarnos a ayudar a nuestros clientes a deshacerse de los síntomas personales e interpersonales a los que se enfrentan, partimos del supuesto de que hay sabiduría contenida en cualquier cosa que experimenten. Así, aunque tenemos mucho interés en que nuestros clientes se sientan mejor, tendemos a ir despacio, asegurándonos de que comprendemos bien lo que está pasando, y no nos situamos como «especialistas en eliminación». Flemons (2002) evita esta trampa y se considera un consultor para deshacer enredos. Nos gusta esta idea, porque subraya que la terapia gira en torno a deshacer los nudos de relaciones problemáticas, y no a deshacerse de problemas materiales. Desde nuestra perspectiva, el cambio que tiene lugar para las personas que han sido violadas sexualmente no es el resultado de recordar los abusos sexuales, sino una re-composición, una reconexión entre el Yo y las relaciones descompuestas.

Va en el interés de nuestros clientes y de la sociedad el poder encontrar formas de conectar a las personas, en lugar de generar nuevas separaciones. Aquellos que han sufrido daños a causa de los abusos sexuales parece que captan esto de alguna forma, lo que muchas veces se refleja en su ferviente deseo de que se reconozca ese daño, especialmente por parte del abusador, o de aquellos que lo niegan. Aunque no lo expresen así, se dan cuenta de que si la persona que les hizo daño es capaz de reconocerlo, eso representa que puede aceptar también la responsabilidad que conlleva herir a otro ser humano, y en esto reside gran parte de la posibilidad de restaurar (rememorar) la legitimidad, lo sagrado, lo inviolable de la humanidad de las personas. Esta aceptación vuelve a conectar los valores humanos básicos que comparten la víctima y el abusador. Cuando una víctima puede ser testigo del arrepentimiento del abusador, es posible que se acerquen para restaurar su humanidad compartida. A partir de un sincero arrepentimiento, el abusador reconoce del pasado la ruptura relacional inherente a su voluntad de cortar la relación humana entre ellos para su propio beneficio individual, y le devuelve a la víctima en el presente su libertad para disentir y su derecho a la autodeterminación.

Braithwaite (2002) escribe acerca de la palestina Sulha quien «creó el bien supremo de una comunidad de amor» (pág. 3), por medio de practicar realmente una forma antigua de justicia restauradora que reconecta al ofensor y al ofendido, a las familias y a

la comunidad. Cuando se produce un delito grave, por ejemplo, un asesinato, la familia del que lo ha cometido se dirige a los individuos respetados como pacifistas activos y les piden su ayuda. Estos pacifistas visitan a la familia de la víctima y, si ésta lo acepta, empiezan a trabajar por la paz entre las dos familias; esto puede incluir la entrega de *diya* (dinero de sangre), que se aporta para simbolizar que la sangre no tiene precio (pág. 4). Al final de este proceso, la comunidad lo celebra así:

Cuando se han negociado todos los detalles de la paz entre las dos familias, un proceso que puede llevar más de un año, se realiza la hermosa ceremonia de Sulha. Un líder de la familia de la víctima hace un nudo en una bandera blanca de la paz y se la da al que ha cometido la ofensa, que la enarbola, rodeado por los pacifistas activos, mientras se desplaza a lo largo de una fila de familiares de la víctima y estrecha la mano a cada uno de ellos. Entonces, todos y cada uno de los líderes de la comunidad hacen un nudo en la bandera blanca para simbolizar una paz que no se puede deshacer (pág. 4).

La ceremonia incluye discursos de reconciliación por parte de ambas familias, la de la víctima y la del que llevó a cabo la ofensa, y, a menudo, la devolución del *diya*. Al final, el agresor, cuyos dañinos actos separatistas le han colocado fuera y contra la comunidad, es reacogido por medio de recordar y reforzar los valores comunes personales y comunitarios, y se re-componen las relaciones que rompió el acto de violencia.

Con el clima terapéutico actual de nuestro país, sería casi imposible que pudiera tener lugar un proceso de re-composición como éste. Para proteger a las víctimas y debido a las limitaciones legales, el tratamiento de los delincuentes sexuales casi siempre se lleva a cabo separadamente del tratamiento de la persona que ha sufrido los abusos. Esto, por supuesto, restringe el grado de reparación de la relación que es posible alcanzar. Nosotras también estamos limitadas en este sentido. Dentro de nuestro trabajo, nos concentramos en que los clientes recompongan todas las relaciones intra e interpersonales relevantes; sin embargo, no reunimos a los violadores y a las personas violadas juntos en la misma sala de la consulta.

Cuando Paula tenía 10 años, su madre, que era enfermera, aceptó el turno de cuatro de la tarde hasta medianoche en un hospital porque estaba mejor pagado. Paula y su padrastro, Charley, al que ella había cogido mucho cariño desde que su madre se había casado con él hacía ocho años, empezaron a intimar aún más. Juntos, hacían la cena, repasaban los deberes y se acomodaban hechos un ovillo en el sofá para ver la televisión. Ella disfrutaba tener a Charley para ella sola, y a veces se sentía culpable por alegrarse de que su mamá no estuviera allí.

Hasta que una noche, cuando Paula tenía 13 años, su padrastro entró en su habitación, metió la mano bajo el camisón y empezó a tocar todo su cuerpo de arriba a abajo. Eso fue a más y poco después la penetró. Volvió a la habitación de ella casi todas las noches durante dos años.

Cuando Paula acudió a Martha y su equipo de terapeutas en prácticas, tenía 32 años, estaba casada y era madre de un niño, y, al igual que su madre, también era enfermera y trabajaba en la planta de cirugía. Recurrió a la terapia para librarse de una imagen persistente e inquietante que le venía a la cabeza, una imagen de ella misma repitiendo: «No, no, no, no, no, no, no, no, no, no», mientras su padrastro, la penetraba y musitaba dulces palabras de consuelo.

Paula se encontró cantando a media voz durante el día: «No, no, no, no, no, no, no, no, no, no». El monótono mantra la perturbaba mucho, pero, por más que lo intentaba, no podía dejar de repetirlo. Aunque en ese momento mantenía el contacto con su madre y también con su padrastro, había empezado a barajar la idea de cortar por lo menos la relación con él, algo que hacía mucho tiempo le habían aconsejado sus anteriores asesores del programa de recuperación de los abusos sexuales; pero una parte de ella no quería hacerlo.

Paula se mantenía inflexible acerca de que sus muchos años involucrada en el movimiento a favor de la recuperación de los abusos sexuales, durante los cuales había hecho progresos a través de lo que habían identificado como los tres estadios de la recuperación («víctima», «superviviente» y «recuperada»), habían tenido como resultado que estaba «curada». Había aprendido cómo asumir el control de su vida y dominar sus síntomas. Y había tenido éxito, excepto por aquella «única y última imagen» que consumía sus días y sus noches. Una vez que se deshiciese de ella, estaría bien del todo.

La terapeuta le preguntó de qué forma intentaba enfrentarse a esa imagen, y Paula describió sus esfuerzos para tranquilizarse, consolarse y afianzarse, tal como le habían enseñado en la terapia anterior. Musitaba afirmaciones para sí misma, como: «Estás bien. No pasa nada malo». Una alternativa era tocar algo sólido, por ejemplo, el mostrador de enfermeras en el trabajo, y concentrarse en el contacto físico entre su mano y esa superficie, recordándose a sí misma al mismo tiempo que se hallaba en el presente y que el mundo era estable. He aquí el núcleo de la tercera sesión:

Martha: En esa imagen que tiene usted, ¿a qué dice «no», cuando repite la palabra una y otra vez?

Paula (*con un tono de disgusto*): ¡Él me violaba! Yo decía que no a la violación, por supuesto. Quería que él me dejara en paz.

Martha: Sí, por supuesto que usted lo hacía. Y con sus palabras no consiguió que ocurriera eso. Sus repetidos «no» no sirvieron para que él la dejara en paz. ¿Puede recordar las palabras de consuelo que le decía su padrastro mientras abusaba de usted?

Paula: Oh, ya sabe, las cosas que se les dicen a los críos para que piensen que todo va bien, para calmarlos, ya sabe, algo así como «Está bien», «No duele», «No llores», «Espera un poco y verás cómo te gusta». Cosas así.

Martha: ¿Y le gustó alguna vez?

Paula (*con vehemencia*): ¡No! Lo odiaba. Le odiaba.

Martha: ¿Alguna vez estuvo bien?

Paula: ¡No!

Martha: ¿Alguna vez no le dolió?

Paula: ¡No! ¡No! No! Todo lo que él me decía eran mentiras. Fue horrible. Me hizo sentir sucia y confundida. No, yo no era más que una niña. No entendía nada del sexo.

Martha: Por supuesto que no, usted solo era una niña. Pero incluso entonces, incluso a tan corta edad, usted sabía la verdad de cómo era aquello para usted. Las palabras de consuelo de él pretendían que usted desechara su propia experiencia. Sus palabras iban dirigidas a que usted diera la espalda a su propio conocimiento, a lo que sabía que era verdad —que lo que usted experimentaba era horrible y doloroso, y que lo odiaba—. Las palabras de «consuelo» de su padrastro (*Martha dibuja en el aire la señal de comillas con los dedos*) estaban pensadas para que usted experimentara la violación como algo que estaba bien, que incluso era placentero. Pero usted nunca lo sintió así, ¿no?

Paula (*muy pensativa y silenciosa ahora*): No.

Martha: Usted era solo una niña, y no podía materialmente decir «no» a su padrastro, pero seguro que sí que podía y lo hizo, decir «no» a la definición de la experiencia que hacía él, (a definir) la relación de la forma que él quería que usted la definiera. Y usted ahora sigue diciendo «no» a la definición que hacía él de la experiencia. Todos los días y todo el día, sigue diciendo: «No, no, no, no, no, no, no, no, no...».

Paula (*llorando*): Sí, lo hago, ¿no?

Martha: Sí, en cierto modo, nos preguntamos... Parece que usted está diciendo «no» al dolor porque desea que él pare y la deje en paz, y también está diciendo «no» a su insinuación de que usted puede obtener placer por ello.

Paula: Sí, si hubiera dicho «sí» a eso, ahora estaría loca.

Martha: Eso es, no lo haría, ¿no? Porque si hubiera pasado por todo el trabajo de intentar convencerse a sí misma de que aquello le gustaba, no hubiera tenido que desconectar esa parte de usted que conocía la verdad.

Paula: No, no hice eso. Siempre supe lo que él me hizo. Siempre lo he recordado. Nunca lo he olvidado como han hecho otras personas.

Martha: Y nosotros pensamos que tiene razón al decir «¡No!».

En una conversación posterior con Paula, subrayamos que ella nunca hubiera dicho «sí» a la enloquecedora idea de su padrastro acerca de que el abuso sexual podía estar bien o ser placentero. Nunca se hubiera traicionado a sí misma diciéndose que no era doloroso y terrible. La elogiamos por su sabiduría, por su «conocimiento de sí misma» e hicimos la observación de que estas cualidades le habían permitido acudir a la terapia y explicarnos exactamente lo que deseaba y lo que no deseaba de nosotros. Demostró mucha sabiduría y fortaleza de carácter cuando dijo «no» a los consejeros anteriores que insistían en que tenía que cortar la relación con su padrastro para poder curarse.

Apoyamos la idea de que podía continuar manteniendo una relación con su padrastro, señalando que decir «sí» a una relación adulta con él no significaba decir «sí» a los abusos. Siempre le había querido, y podía seguir queriéndole sin transigir en sus convencimientos. Se había demostrado a sí misma que era capaz de reconocer claramente lo que él le había hecho, y había hecho mucho trabajo y muy importante para «recuperarse» de los abusos. Por eso nosotros confiábamos en su sabiduría para decidir cuál era la mejor forma de cuidar de sí misma. Ahora ella podía decir tanto «no» como «sí». Podía decir «no» a los intentos de convertir el dolor en placer, «no» a la definición que él hacía de su relación sexualizada y «no» a lo que él le había hecho. Y «sí» a su cariño por él.

Paula había intentado negar la imagen que le venía a la cabeza, luchar contra ella, tocar algo sólido para convencerse de que no era real y decir repetidamente «no» a esa imagen. Estos esfuerzos habían generado una lucha entre ella y el síntoma. Al

encontrarse en el lado de los perdedores, recurrió en esa batalla a los terapeutas (las armas potentes) y les pidió que la ayudaran uniéndose a la batalla contra aquella imagen. Nuestro trabajo con ella fue dirigido a ayudarla a mantener una relación diferente con el síntoma, una que no se opusiera a él (Flemons, 1999, 2002, 2004).

Paula consideró que no necesitaba volver después de la tercera sesión, y nosotros estuvimos de acuerdo. Sin embargo, le preguntamos si estaría dispuesta a volver una última vez para decirnos cómo le iba y decirnos qué le había sido útil y qué no del trabajo que realizamos con ella. Paula aceptó, así que nos reunimos en una cuarta y última sesión, unos tres meses después. Nos informó de que la imagen había vuelto dos veces desde la última vez que nos vimos, pero que la había afectado y disgustado mucho menos. Y lo que era más importante, dijo: «Paso parte del día cantando *alegremente* “No, no, no, no, no, no”, porque ahora sé que un “no” a él significa un “sí” a mí misma». Estuvimos sinceramente de acuerdo.

Los actos de abuso sexual causan un desmembramiento de las relaciones, interrumpen o cortan las relaciones entre el Yo y los otros, que nos hacen humanos, que nos dan plenitud. Cuanto más importante es el violador para la persona violada, y más difícil es (por razones evolutivas y de supervivencia) para la víctima decir «no», más son los hilos de conexión que se cortan.

La terapia que llevamos a cabo con personas que han sufrido abusos sexuales no se centra en que recuerden los detalles de lo que sucedió, sino más bien en que re-compongan las relaciones que se han cortado. Éste es el principio de la confianza y la esperanza.

Bibliografía

- Ainscough, C. y K. Toon, *Surviving childhood sexual abuse: Practical self-help for adults who were sexually abused as children*, edición revisada, Tucson, Arizona, Fisher Books, 2000.
- Angelou, M., *I know why the caged bird sings*, Nueva York, Bantam Books, 1969 (trad. cast.: *Yo sé por qué canta el pájaro enjaulado*, Barcelona, Lumen, 1993).
- Bass, E. y L. Davis, *The courage to heal: A guide for women survivors of child sexual abuse*, 3ª ed., Nueva York, Harper Collins, 1994.
- Bateson, G., *Steps to an ecology of mind*, Chicago, University of Chicago Press, 2000; trabajo original publicado en 1972 (trad. cast.: *Pasos hacia una ecología de la mente*, Buenos Aires, Lumen, 1998).
- Berry, W., *Remembering*, San Francisco, North Point Press, 1988.
- Blume, E. S., *Secret survivors: Uncovering incest and its aftereffects in women*, Nueva York, Ballantine, 1991.
- Braithwaite, J., *Restorative justice and responsive regulation*, Nueva York, Oxford University Press, 2002.
- Briere, J. y C. Scott, *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment*, Thousand Oaks, California, Sage, 2006.
- Courtois, C. A., *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*, Nueva York, Norton, 1999.
- Dolan, Y. M., *Resolving sexual abuse: Solution-focused therapy and Ericksonian hypnosis for adult survivors*, Nueva York, Norton, 1999.
- Draucker, C. B., *Counseling survivors of childhood sexual abuse*, 2ª ed., Londres, Sage, 2000.
- Flemons, D., *Completing distinctions*, Boston, Shambhala, 1991.

- , «Making symptoms vanish: Hypnosis and the mystery of the sudden cure», *Family Therapy Networker*, vol. 23, nº 1, enero-febrero de 1999, págs. 56-65.
- , *Of one mind: The logic of hypnosis, the practice of therapy*, Nueva York, Norton, 2002.
- , «The psychology of the sand-pit: Clinical lessons from Winnie-the-Pooh», *Psychotherapy Networker*, vol. 2, nº 1, enero-febrero de 2003, págs. 32-37.
- , «The Tao of therapy», *Family Therapy Networker*, vol. 28, nº 3, mayo-junio de 2004, págs. 44-47 y 68.
- Foa, E. B. y B. O. Rothbaum, *Treating the trauma of rape: Cognitive-Behavioral therapy for PTSD*, Nueva York, Guilford, 1998.
- Frederickson, R., *Repressed memories: A journey to recovery from sexual abuse*, Nueva York, Simon and Schuster, 1992.
- Freyd, J. J., *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1998 (trad. cast.: *Abusos sexuales en la infancia: la lógica del olvido*, Madrid, Morata, 2003).
- Haley, J., *Problem-solving therapy*, San Francisco, Jossey-Bass, 1987 (trad. cast.: *Terapia para resolver problemas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1980).
- Keeney, B. P., *Aesthetics of change*, Nueva York, Guilford 1983 (trad. cast.: *Estética del cambio*, Barcelona, Paidós, 2001).
- Maltz, W., «Sex therapy with survivors of sexual abuse», en P. J. Kleinplatz (comp.), *New directions in sex therapy*, Filadelfia, Brunner-Routledge, 2001, págs. 258-278.
- Salter, A. C., *Transforming trauma: A guide to understanding and treating adult survivors of child sexual abuse*, Thousand Oaks, California, Sage, 1995.
- Sanders, G. y K. Tamm, «A cybernetic-systemic approach to problems in sexual functioning», en D. Kantor y B. Okun (comps.), *Intimate environments*, Nueva York, Guilford, 1989, págs. 346-380.
- Sheinberg, M. y P. Fraenkel, *The relational trauma of incest: A family-based approach to treatment*, Nueva York, Guilford, 2001.
- Trepper, T. y M. J. Barrett, *Systemic treatment of incest: A therapeutic handbook*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1989. Vanderlinden, J. y W.
- Vandereycken, *Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol in eating disorders*, Filadelfia, Brunner/Mazel, 1997 (trad. cast.: *Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios*, Barcelona, Granica, 2001).
- Watzlawick, P., J. Weakland y R. Fisch, *Change: Principles of problem formation and problem resolution*, Nueva York, Norton, 1974 (trad. cast.: *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*, Barcelona, Herder, 2007).
- Winkler, C., *One night: Realities of rape*, Walnut Creek, California, Altamira Press, 2002.

EPÍLOGO

Cuando decidimos compilar este libro teníamos tres objetivos en mente: 1) queríamos acceder a la sabiduría de los terapeutas breves con creatividad y talento, y proporcionarles un fórum donde pudieran hablar de sus casos sexuales; todo aquel a quien preguntamos dijo que nadie se lo había planteado antes; 2) queríamos incorporar un público nuevo al enfoque breve, no normativo; concretamente, esperábamos que aquellos que trabajan en el ámbito de la terapia sexual más tradicional vieran, después de leer este libro, que la terapia breve no gira en torno a trivializar las preocupaciones del cliente, o a «poner un parche» y pasar por alto los problemas reales; y 3) esperábamos estimular la conversación y la exploración en el campo de la «terapia sexual breve».

Ahora que tenemos el libro editado en la mano, nos parece que hemos alcanzado claramente el primer objetivo. Estamos encantados con la cantidad de nuevas ideas y técnicas que hemos tenido ocasión de conocer, pero ha resultado aún más inspirador el espíritu, la integridad y la liviandad de los autores. Como reconocerá el lector cuando lea los diversos capítulos, todos los que han colaborado comparten un profundo respeto por los clientes, reconocen la sabiduría que atesoran, y trabajan en colaboración con ellos para encontrar soluciones útiles y con sentido. Sin duda, usted notará también lo mucho que los colaboradores valoran el humor y la curiosidad. El compromiso con la irreverencia aúna un sentido de lo lúdico con el respeto por los clientes y posibilita descubrir creativamente respuestas sencillas y aun así elegantes, además de centradas en sus recursos, a las demandas que éstos presentan.

Aún está por ver hasta qué punto hemos alcanzado nuestro segundo objetivo, y en cuanto al tercero, depende de usted. Aunque nos alegramos de que nuestro trabajo como compiladores esté terminado, deseamos que la conversación continúe más allá de las páginas de este libro. Al igual que generalmente el sexo mejora cuando va acompañado de una buena comunicación, las prácticas terapéuticas también pueden mejorar si entre los profesionales también es buena la comunicación. Nos gustaría iniciar conversaciones entre los terapeutas breves, entre los terapeutas sexuales, y entre unos y otros, y consideramos esta colección de trabajos tan solo como un precalentamiento. Usted puede avivar el fuego enviándonos por correo electrónico sus respuestas, ideas, inspiraciones y retos. Háganos saber si las ideas y los casos clínicos presentados han tenido eco (o no) en sus propios supuestos terapéuticos. ¡Que empiece la conversación! Esperamos con ilusión tener noticias tuyas.

Notas

- * APA (American Psychological Association). Asociación Americana de Psicología. (*N. de la t.*)

* La terapia breve como la conocemos actualmente debe mucho a la confluencia de las técnicas terapéuticas de Milton Erickson y las ideas teóricas de Gregory Bateson acerca de la comunicación y el cambio. Sería demasiado farragoso, aunque más exacto, referirse a la tradición de la terapia breve de influencia batesoniana/ericksoniana. Jay Haley y John Weakland contactaron originalmente con Erickson mientras investigaban con Bateson sobre comunicación en la década de 1950. (*N. de los comp.*)

^{**} DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (*N. de la t.*)

* Masters y Johnson (1970) también se centraron en el presente y el futuro más que en el pasado. Su modelo psicoterapéutico fue uno de los primeros en hacerlo. (*N. de los comp.*)

* Aunque creo firmemente en la creación conjunta de definiciones sanas de la sexualidad, también asumo que las definiciones y consiguientes acciones no pueden tener como resultado que se dañe a otras personas (por ejemplo, la violación o la pedofilia). *(N. de los comp.)*

* Esperaba que el uso de estos instrumentos encajaría mejor con el lenguaje del otro terapeuta y favorecería una comunicación más positiva. (*N. de los comp.*)

* Todas las sesiones se programaron con una periodicidad quincenal. (*N. de los comp.*)

* Independientemente de mi perspectiva teórica y clínica, me considero en la obligación de informar a todos mis clientes de las múltiples perspectivas y opciones de tratamiento. Como Louie cumplía claramente con los criterios del *DSM-IV* para ser diagnosticado de un trastorno obsesivo-compulsivo, decidí ofrecerle esta posibilidad porque podía crear otras opciones de tratamiento más allá del alcance del de la «adicción sexual» o incluso de mi enfoque centrado en la solución. (*N. de los comp.*)

* YMCA (Young Men's Christian Association). Asociación de jóvenes cristianos. (*N. de la t.*)

* Si los clientes que acuden a nosotros con problemas asociados al sexo no han consultado primero a un ginecólogo o a un urólogo, les pedimos que lo hagan antes de venir a la siguiente sesión. Iniciamos nuestro trabajo una vez que se han descartado posibles complicaciones fisiológicas (como la diabetes o la hipertensión) o cuando las intervenciones médicas (como la medicación o la cirugía) no son posibles o se han demostrado inefectivas. *(N. de los comp.)*

* Las primeras seis sesiones del caso se llevaron a cabo como parte del *practicum* del máster en Terapia familiar que Shelley supervisaba en la universidad. Debido a la naturaleza y complejidad de la situación fue Shelley quien realizó las entrevistas; una de las estudiantes (Carol Griffith) se unió a ella como coterapeuta durante algunas de las primeras sesiones, y el resto de los alumnos observó desde detrás de un espejo unidireccional. (*N. de los comp.*)

* Véase en Parry y Doan (1994) y Freedman y Combs (1996) un tratamiento más en profundidad (y más general) del enfoque narrativo. (*N. de los comp.*)

* Si está interesado en ejercer la terapia sexual desde una perspectiva narrativa necesitará, por supuesto, considerable formación (a partir de libros, talleres y supervisión en vivo), práctica y motivación para convertirse en un experto en este modelo. *(N. de los comp.)*

* Utilizamos indistintamente los términos *parejas del mismo sexo* y *parejas gais y lesbianas*, e incluimos las personas bisexuales que mantienen relaciones con otras de su mismo sexo. (*N. de los comp.*)

* Los propios Masters y Johnson (1970) jugaron inadvertidamente con estos temores (entre otros problemas), ya en el título de su trabajo, que se centró en la *inadecuación* en lugar de en otras dificultades o problemas, al asumir que existía alguna norma táctica para la adecuación. (*N. de los comp.*)

* Años atrás, la mayoría de los clientes que presentaban este problema eran mujeres. Sin embargo, más recientemente la proporción de hombres y mujeres que presentaban bajo deseo sexual prácticamente se ha igualado (Apfelbaum, 2000). *(N. de los comp.)*

* Esta sugerencia, tomada de un caso que Milton Erickson hizo famoso, refleja la inversión de la situación abusiva. (*N. de los comp.*)

* Además de Richard Fisch, John Weakland y Paul Watzlawick, en el equipo de terapia breve del MRI había otros miembros destacados que colaboraban en la terapia breve y familiar, como Don Jackson, Jay Haley y James Coyne. En la actualidad, el equipo lo forman Richard Fisch, Paul Watzlawick, Karin Schlanger, Barbara Anger-Díaz, Beth Martin, Joann Watkins y Wendel Ray. (*N. de los comp.*)

* Las transcripciones literales tienen un valor incalculable para analizar las interacciones, aunque no transmiten numerosos aspectos del discurso que son vitales para la plena comprensión, como la elección del momento adecuado, la inflexión de la voz, el ritmo, la entonación y los comportamientos no verbales. Para un acceso controlado a las grabaciones originales, póngase en contacto con el MRI Brief Therapy Center, de Palo Alto, California. (*N. de los comp.*)

* El cliente aplazó la sesión para una semana más tarde de lo que estaba programada. (*N. de los comp.*)

* Véase en Flemons, 1991, págs. 104-111, una discusión sobre los problemas de centrarse en *no* hacer alguna cosa. (*N. de los comp.*)

* A lo largo de los años he trabajado con diversas mujeres adultas, y también con adolescentes de ambos sexos.
(*N. de los comp.*)

* Esta forma concreta de supervisión de la comunidad es conocida coloquialmente como «arresto domiciliario». Un individuo bajo el control comunitario en Florida tiene que reunirse una vez a la semana con el agente de la libertad condicional y presentarle una relación detallada de lo que va a hacer durante los siete días siguientes; solo se le permite salir de casa para ir al trabajo, al médico (o a la terapia) y para hacer las compras unas cuantas horas a la semana. (*N. de los comp.*)

* La enseñanza secundaria en Estados Unidos llega hasta el 12° grado. (*N. de la t.*)

* Habitualmente, no utilizo alusiones literarias en la terapia; sin embargo, Paul era un hombre educado y extremadamente inteligente. Asumí que podía entenderlo y encontrar algo con lo que identificarse. (*N. de los comp.*)

* Florida, al igual que la mayoría de los estados, ha creado una página en Internet que contiene los nombres y direcciones de todos los delincuentes sexuales y depredadores sexuales registrados del estado. Esta página funciona desde octubre de 1997. En julio de 2006, el Congreso de Estados Unidos aprobó una ley para crear un registro a nivel nacional. Florida ha aprobado recientemente otra ley, que prolonga los 20 años citados a toda la vida. (*N. de los comp.*)

* En bien de la simplicidad y la claridad, en este capítulo hemos elegido utilizar principalmente el pronombre femenino para referirnos a las víctimas de los abusos. (*N. de los comp.*)

* MFT (Marriage and Family Therapy). Terapia conyugal y familiar. (*N. de la t.*)

* AA (Alcoholics Anonymous). Alcohólicos anónimos. (*N. de los comp.*)

Manual de terapia breve sexual
Douglas Flemons y Shelley Green

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal)

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos)
si necesita reproducir algún fragmento de esta obra.
Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com
o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

Título original: *Quickies: The Brief Handbook of Sex Therapy*
Publicado en inglés, en 2004, por W. W. Norton & Company, Londres, Nueva York

© 2004 by Shelley K. Green and Douglas Flemons
© de la traducción, Matilde Jiménez Alejo, 2009
© de todas las ediciones en castellano
Espasa Libros, S. L. U., 2009
Paidós es un sello editorial de Espasa Libros, S. L. U.
Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona (España)
www.planetadelibros.com

Primera edición en libro electrónico (epub): marzo de 2015

ISBN: 978-84-493-3118-3 (epub)

Conversión a libro electrónico: Newcomlab, S. L. L.
www.newcomlab.com

Índice

DEDICATORIA	5
PRÓLOGO	6
COLABORADORES	9
PREFACIO	14
AGRADECIMIENTOS	16
INTRODUCCIÓN	17
CAPÍTULO 1. ¿UNA VEZ MÁS? DE LA TERAPIA DE POSIBILIDADES A LA TERAPIA SEXUAL	23
CAPÍTULO 2. TERAPIA SEXUAL MULTICONTEXTUAL CON PAREJAS LESBIANAS	37
CAPÍTULO 3. «PUESTA A PUNTO» (PARA EL CAMBIO): PARA TRATAR PROBLEMAS SEXUALES	48
CAPÍTULO 4. ILUMINAR LA INTIMIDAD Y EL PLACER SEXUAL	67
CAPÍTULO 5. LA EYACULACIÓN PRECOZ DEL DIAGNÓSTICO DE «ADICCIÓN AL SEXO»	86
CAPÍTULO 6. SALIR DE MI CONSULTA Y ENTRAR EN SU DORMITORIO	105
CAPÍTULO 7 RESOLUCIONES ÚNICAS PARA PROBLEMAS ÚNICOS: EL TRATAMIENTO BREVE DE LAS DIFICULTADES SEXUA	122
CAPÍTULO 8. QUE QUEDE ENTRE NOSOTROS: UN ENFOQUE RELACIONAL DE LA TERAPIA DE PAREJA	142
CAPÍTULO 9 ¿QUIÉN SE IRÍA A LA CAMA CON EL MODELO MÉDICO? UN ENFOQUE NARRATIVO/ECLÉCTICO DE LA TERAP	166
CAPITULO 10. ¿CÓMO «LO HACEN» LOS TERAPEUTAS DE PAREJAS DEL MISMO SEXO?	184
CAPÍTULO 11. UN ENFOQUE CATALÍTICO DE LA TERAPIA	

SEXUAL BREVE	
CAPÍTULO 12. «NO SE PASE DE OPTIMISTA»: JOHN WEAKLAND EN ACCIÓN	226
13. TRANSFORMAR LAS HISTORIAS: UN ENFOQUE CONTEXTUAL DEL TRATAMIENTO DE LOS ABUSADORES SEXUALES	252
14. RE-COMPONER EL YO: UN ENFOQUE RELACIONAL DEL TRATAMIENTO DE LOS ABUSOS SEXUALES	281
EPÍLOGO	303
NOTAS	305
CRÉDITOS	334