



Estudio de caso sobre el abordaje de problemas de erección y creencias sobre la sexualidad desde una perspectiva humanista/integradora

Irene García Heras

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Pontificia Comillas

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria y Máster Propio de
Especialización Terapéutica

Sandra Sonyeba Manzano

24 de mayo de 2022

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Índice

Resumen	4
Abstract.....	5
Introducción.....	6
Sexología Sustantiva y el Hecho Sexual Humano	6
La Respuesta Sexual Humana.....	8
Mitos Sexuales, Creencias en los Jóvenes y otros Factores Implicados.....	10
Terapias hasta ahora Empleadas	14
Terapia Integradora con Base Humanista	15
Diseño	18
Metodología de Evaluación	19
Presentación del Caso	20
Formulación del caso.....	22
Tratamiento y curso	24
Primera y Segunda Sesión	27
Tercera Sesión.....	27
Cuarta Sesión	28
Quinta, Sexta y Séptima Sesión	29
Octava Sesión	31
Novena, Décima y Undécima Sesión	32
Duodécima y Decimotercera Sesión	33
Decimocuarta y Decimoquinta Sesión.....	34
Resultados del Tratamiento	35
Discusión	36
Referencias	39
Anexos	44

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Título: Estudio de caso sobre el abordaje de problemas de erección y creencias sobre la sexualidad desde una perspectiva humanista/integradora.

Resumen

Los tratamientos hasta ahora empleados en las disfunciones sexuales son de base fundamentalmente cognitivo-conductual. Por ello, el objetivo de este trabajo es ofrecer un ejemplo clínico sobre la intervención en este tipo de problemáticas, concretamente en las dificultades de erección, desde una perspectiva integradora de base humanista y desde la Sexología Sustantiva. El tratamiento constó de 15 sesiones en online de 50 minutos de duración, obteniendo la consecución de estos objetivos: desmontar mitos y creencias sobre la sexualidad, identificar los pensamientos catastróficos anticipatorios ante un posible encuentro sexual, fomentar la autoexploración y el autoconocimiento de su cuerpo y lo que le excita, recuperar el control de la erección y aumentar la conciencia de ésta y de la excitación durante la masturbación. En conclusión, el tratamiento integrador puede ser tan efectivo en la práctica clínica como los hasta ahora empleados. No obstante, existen limitaciones al estudio como es la falta de pareja del paciente o el no registro sistemático de la sintomatología.

Palabras clave: disfunción sexual, problemas de erección, Sexología Sustantiva, intervención integradora, intervención humanista.

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Title: Case study on the approach to erection problems and beliefs about sexuality from a humanistic/integrative perspective.

Abstract

Currently, treatments used for sexual dysfunctions are mainly cognitive-behavioral based. Therefore, the aim of this study is to show an example of clinical intervention in this type of problem, specifically in erection difficulties, from an integrative perspective based on humanism and Substantive Sexology. The treatment consisted of 15 online sessions lasting 50 minutes, achieving the following objectives: dismantle myths and beliefs about sexuality, identify anticipatory catastrophic thoughts in the face of a possible sexual encounter, promote self-exploration and self-knowledge of his body and what that turns him on, regain control of his erection, and increase his awareness of his erection and arousal during masturbation. In conclusion, integrative treatment can be as effective in clinical practice as those used up to now. However, there are limitations to the study, such as the patient's lack of a partner or the non-systematic recording of symptoms.

Keywords: sexual dysfunction, erection problems, Substantive Sexology, integrative intervention, humanistic intervention.

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Introducción

Según Berner y Günzler (2012), aproximadamente uno de cada cinco o uno de cada cuatro hombres padecen disfunción eréctil o bien eyaculación precoz. Por otro lado, en la revisión sistemática realizada por Almås (2015) se recoge que entre el 40-45% de mujeres y el 20-30% de hombres sufren algún tipo de disfunción sexual (Lewis et al., 2004, como se citó en Almås, 2015). En estudios más recientes (Mitchell et al., 2016, como se citó en Banbury et al., 2021) estiman que el 38,2% de los hombres y el 22, 8% de las mujeres refieren tener disfunciones sexuales. Por tanto, aunque no todos los estudios se pongan de acuerdo en cuanto a los datos (Labrador y Crespo, 2001), la prevalencia de disfunciones sexuales, a las que prefiero nombrar “dificultades comunes”-tomando como referencia a la sexóloga y psicóloga Ana García Mañas (García, 2015)-, parecen lo suficientemente elevadas como para tenerlas en cuenta.

Pero, además, al margen de los datos, la sexualidad (o el sexo y demás conceptos que se quieran emplear) es una parte fundamental de la experiencia vital de las personas (Amezúa, 2000) y que, por tanto, está presente en la práctica clínica. Por ello es objeto de interés de los/las psicólogos/as.

Es importante tener en cuenta que esta realidad y sus dificultades, está impregnada de las creencias, mensajes y mitos que circulan en la sociedad acerca de lo que es la sexualidad, o lo que se considera que debe ser o cómo; sobre las relaciones de pareja, sobre la respuesta sexual humana o el hecho sexual humano, y un largo etcétera. Todos temas que, en su mayoría, son desconocidos para los jóvenes españoles (Fernández-Rouco et al., 2019). Por ello, cuando se trabaja en terapia estas problemáticas, es necesario también explorar todos estos aspectos. Junto con ello, es necesario abordar otros posibles factores implicados como pueden ser la ansiedad, los pensamientos catastrofistas ante otro nuevo encuentro sexual, etc.

El modo de trabajo y de comprensión de las dificultades que se pretende ilustrar con este estudio de caso, intenta diferir de los empleados hasta ahora, partiendo de una metodología humanista e integradora. Para ello, es necesario, primero, partir de unos conceptos que guiaron y guían la intervención del caso.

Sexología Sustantiva y el Hecho Sexual Humano

La Sexología Sustantiva, cuyo máximo exponente es Efigenio Amezúa (Landaarroitajauregui, 2000), entiende el centro de estudio de la Sexología a **los sexos**,

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

en plural y no en singular. Efigenio defiende que el concepto de “sexo” ha sido mal entendido y mal utilizado a lo largo de los años, considerándolo como máximo definidor de la sexualidad humana y únicamente relacionado con la genitalidad y las prácticas asociadas al mismo. Sin embargo, la apertura de visión que plantea el autor supone que no somos solamente sexo, sino sexos, somos seres sexuados y, como tal, nos relacionamos (Amezúa, 2000; Amezúa, 2001 y García, 2015). Por ello, Amezúa explica los problemas sexuales o dificultades comunes (García, 2015) desde esta perspectiva, permitiendo trabajar con muchos más factores implicados (Amezúa, 2000).

Es importante destacar que, este uso erróneo que se ha hecho del concepto de “sexo”, se ha visto reforzado por la educación sexual imperante en nuestra sociedad (Amezúa, 2000), provocando que el conocimiento que los jóvenes tienen al respecto sea muy limitado y lleno de mitos y creencias irracionales. Todo ello influye en la manera en la que se relacionan entre ellos y los problemas que de ahí se derivan. De hecho, los grandes maestros de la terapia sexual, Masters y Johnson, ya lo afirmaron: “La más abundante etiología de los problemas sexuales, más que de origen médico o psicopatológico, procede de las carencias educativas y de la ignorancia de la función sexual” (p. 21, Masters y Johnson, 1970, como se citó en Amezúa, 2000). La posición de la Sexología Sustantiva ayuda a que los jóvenes entiendan su sexo, sexualidad, erótica y amorosa, desde lo que son: seres sexuados que quieren entrar en contacto con otros seres sexuados y donde los genitales solo forman una pequeña parte de dicho encuentro (Amezúa, 2000). Es fundamental que las personas se encuentren partiendo de la diversidad de sus deseos y no de normas morales o criterios impuestos respecto a lo que está bien o mal (Amezúa, 2000).

Por todo lo expuesto, la Terapia sexual y, por tanto, el enfoque que se da a esta intervención del caso que se presenta, se centra no solo en las prácticas o en el sexo, sino en el Hecho Sexual Humano (HSH) completo entendido desde la perspectiva de Amezúa (Amezúa, 2000; Amezúa, 2001 y García, 2015). Fundamentalmente, se manejarán solo los conceptos de sexuación, sexualidad, erótica y amorosa de todos los descritos por el autor. Todas las dificultades que puedan tener las personas, y entre ellas, pueden comprenderse dentro de alguno de estos aspectos (Amezúa, 2000 y Amezúa, 2001):

Sexo o sexuación: consiste en los procesos que duran toda la vida (García, 2015 y Landaarroitajauregui, 2000) por los que las personas se configuran de uno

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

y de otro sexo (incluyendo la intersexualidad) (Hirschfeld, s.f., como se citó en Amezúa, 2001), adquiriendo siempre características de ambos.

Sexualidad: se refiere a la vivencia única de cada persona respecto de esa sexuación (actualizando el concepto a la amplia gama de experiencias reconocidas hoy en día: no binario, andrógino/a, género fluido...) (Sáez, 2004), así como a todas las emociones y sentimientos que van experimentando las personas a medida que se van sexuando (García, 2015).

Erótica: abarca los deseos de las personas sexuadas en base, asimismo, a su sexualidad. Estos deseos son los que impulsan a las personas a relacionarse con las demás (de un modo erótico, pues erotizamos al otro) (García, 2015) y a satisfacerse mutuamente (Amezúa, 2001). Para la sexología moderna, los encuentros eróticos son aquellos que se buscan y se desean por parte de ambos individuos, no solo los que incluyan los genitales (García, 2015).

Amatoria: las conductas mediante las que se expresa todo lo anterior y que incluyen todas las acciones en torno a las relaciones eróticas, no solo la penetración o las posturas sexuales, sino también la seducción, los gestos, las miradas, etc. (García, 2015). Es importante tener en cuenta que no todos los deseos tienen por qué llevarse a cabo en la realidad, esto es, hay algunos deseos que quedan satisfechos en el plano de la fantasía sin necesidad de actuarse (y sin querer hacerlo), y otros que no (Amezúa, 2001). El trabajo de la amatoria no se puede realizar sin incluir a la erótica, puesto que la primera depende de la segunda (García, 2015); y, por supuesto, teniendo en cuenta al otro en relación, pues la clave está en que se entiendan mutuamente las partes implicadas (Amezúa, 2000).

En el caso que se expone, el paciente parece tener dificultades en la erótica y en la amatoria, ya que hasta ahora no ha explorado la primera y tiene creencias y mitos que desvirtúan o dificultan la segunda (además de falta de comunicación de los deseos con la pareja).

La Respuesta Sexual Humana

Otro factor clave que debe ser explicado en esta parte introductoria, por su importancia en el abordaje terapéutico del caso, es la Respuesta Sexual Humana (RSH).

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Se partirá, en primer lugar, con la descripción realizada por Masters y Johnson (1978), que dividieron el ciclo de la RSH en cuatro fases:

Excitación: en esta fase, la activación erótica del organismo se produce de forma rápida (García, 2015) y se requiere de una estimulación física o psíquica que sea efectiva para producir ese aumento de la tensión sexual; en el caso de que no sea un estímulo que verdaderamente excite a la persona, esta respuesta se ralentiza o incluso puede interrumpirse (Masters y Johnson, 1978). En esta misma línea, es importante tener en cuenta que esta fase se ve influida por el sistema emocional y provoca cambios en el mismo (Amezúa, 2000).

Meseta: momento en el que la excitación se mantiene en el mismo nivel o aumenta más lentamente (García, 2015), sobre todo si la estimulación sigue siendo efectiva (Masters y Johnson, 1978). En este tramo es donde aparecen dificultades, especialmente en las relaciones heterosexuales, donde ambas partes encuentran difícil acompañarse hasta llegar al orgasmo por tener procesos fisiológicos diferentes (Amezúa, 2000 y Masters y Johnson, 1978).

Orgasmo: la excitación ha llegado al punto máximo y se produce toda la liberación de esta energía acumulada, generando placer (García, 2015). Se trata de una experiencia subjetiva e involuntaria (Masters y Johnson, 1978). Es una parte de la respuesta sexual humana, no el único componente o el fin, siendo más importante la satisfacción en el desarrollo del encuentro (Amezúa, 2001).

Resolución: fase de retorno a la calma del organismo. Según Masters y Johnson (1978), la mujer puede volver a la fase del orgasmo si se vuelve a aplicar un estímulo efectivo, mientras que el hombre entra en un período refractario, que es necesario finalice para poder volver a ser estimulado y llegar al orgasmo.

Con los años, este ciclo ha sufrido modificaciones. Kaplan (1974, como se citó en García, 2015; La Calle, 2000 y Levin, 2008) añadió la fase del deseo, previa a la excitación, incluyendo así el elemento psicológico dentro de este ciclo. Para la autora, esta fase debía ser condición primera e indispensable para que la reacción continuara (García, 2015). Por tanto, pasaríamos a tener el ciclo descrito de la siguiente forma: D.E.M.O.R. (deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución) (Amezúa, 2001). El *deseo* sería la razón de los encuentros, la atracción, la seducción, la conjunción de los diversos y variados deseos de las personas que se encuentran. Hay veces que este deseo es mayor,

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

otras que es menor...fluctúa, nunca es estable o elevado. Es importante conocer nuestros deseos, qué nos atrae, nuestra erótica, y ponerla en juego con la erótica del otro/a (Amezúa, 2000). Siguiendo esta línea argumental, Basson (2001) pone de manifiesto que no nos mueve solo el “hambre de sexo” para tener estos encuentros. Un factor mucho más importante que ese “hambre” para que se produzca un aumento del arousal que nos lleve al inicio de la relación erótica, es la búsqueda que hacemos las personas de la cercanía emocional, el compromiso... o para sentirnos atractivas o por el deseo de compartir el placer. Este tipo de estímulos son los que permiten que percibamos los siguientes, ya erotizados, que nos llevan a elevar el deseo y la excitación (Basson, 2001).

Otras modificaciones y reinterpretaciones realizadas de esta representación de la RSH son, por ejemplo, la postura defendida por Robinson (1976, como se citó en Levin, 2008), según el cual, la fase de meseta no debería incluirse como una fase en sí, puesto que considera que realmente se trata de un crecimiento exponencial de la excitación hasta que se llega al orgasmo. No obstante, es necesario atender a las diferencias entre hombres y mujeres en esta fase de cara a la práctica clínica. Y ya más recientemente, con un cambio de visión radical, el autor Landarroitajáuregui (2009, como se citó en García, 2015) propone la representación de la RSH como un ciclo sin principio ni fin donde las fases se retroalimentan, pues parece ser que el deseo no se da siempre previamente y de forma indispensable antes que la excitación, o que incluso puede ser ésta última la que desencadena el deseo (García, 2015). En esta visión, entra en juego la “satisfacción” como parte clave del proceso, ya que de ella depende que la persona busque o no otro encuentro (García, 2015). En el caso que se expondrá, se podrá ver cómo la evaluación negativa de una experiencia previa genera pensamientos catastrofistas respecto de las siguientes relaciones, condicionándolas (García, 2015).

Para el presente trabajo, se emplearán tanto la visión D.E.M.O.R. como la cíclica o en bucle de Landarroitajáuregui (2009, como se citó en García, 2015), puesto que se apreció que en el paciente había dificultades en la fase del deseo que le condicionaban la excitación, el resto del desempeño y, sobre todo, la satisfacción con la experiencia.

Mitos Sexuales, Creencias en los Jóvenes y otros Factores Implicados

Para el abordaje de las dificultades comunes en la erótica y amatoria de las personas, es necesario, en opinión de la autora del trabajo, enfocarse en aquellos factores que estén influyendo directamente y de forma idiosincrática en la persona con la que se

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

está trabajando. El paciente de este caso parecía tener una variedad de mitos o creencias respecto a las relaciones eróticas que estaban afectándole en el disfrute de su amatoria (además de otros factores que ya se explicarán). Por todo ello, se procederá a describir las evidencias halladas en las investigaciones sobre la influencia de estos factores en la actividad sexual y las disfunciones sexuales.

Uno de los factores que más influye en el disfrute de la erótica y amatoria de las personas son los mitos, considerados como un factor de riesgo o vulnerabilidad de las disfunciones sexuales e incluso responsables de su mantenimiento en lo que respecta a hombres y mujeres heterosexuales (Peixoto y Nobre, 2014).

Varias investigaciones han demostrado la relación entre estas creencias sobre la sexualidad o actitudes conservadores respecto a la misma, con las disfunciones sexuales (Peixoto y Nobre, 2014). Zilbergeld (1999, como se citó en Peixoto y Nobre, 2014) se encontró en su práctica clínica con un gran número de mujeres y hombres con mitos sexuales en su haber, que les hacían tener expectativas poco realistas, provocando problemas sexuales en ambos. Igualmente, Baker y de Silva (1988, como se citó en Peixoto y Nobre, 2014) hallaron mayor cantidad de mitos sexuales en hombres con disfunciones sexuales, en comparación con los que no referían estas dificultades. Algunas de las creencias que mantenían estaban relacionadas con cómo debían ser “los verdaderos hombres” en la cama (siempre queriendo tener sexo y siempre llegando al orgasmo, por ejemplo) o respecto a lo que satisface a la mujer y lo que piensa cuando el hombre “no da la talla” (la penetración es lo que más satisface a la mujer y si el hombre no tiene erección es que no es un hombre de verdad) (Baker y de Silva, 1988, como se citó en Peixoto y Nobre, 2014). Curiosamente, o quizás no tanto, estos mitos estaban presentes en el paciente del caso que se presenta.

Por otro lado, la periodista Susane Quilliam (2005) realizó un artículo basándose en las consultas de sus lectores donde sacó a relucir la predominancia de estos mitos sobre la “sexualidad”. No se trataba de creencias que tuvieran solo personas mayores, como quizás cabría pensar, sino también los jóvenes. Como ella bien concluía, la mayoría de las problemáticas sexuales consultadas no tenían de base una enfermedad orgánica o similar, sino más bien una importante falta de información o adherencia a creencias dilapidadoras del disfrute en las relaciones eróticas (Quilliam, 2005).

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Aterrizando en España, Fernández-Rouco et al. (2019) en su estudio sobre lo que los adolescentes españoles saben respecto a la sexualidad, hallaron que, efectivamente, estaban “contaminados” por varios mitos sobre el sexo o falsa información al respecto, y que esto les dificultaba el experimentar una sexualidad (erótica y amatoria) sana (Palenzuela, 2006, como se citó en Fernández-Rouco et al., 2019). Parece que nuestros adolescentes tienen mayor conocimiento respecto a la identidad sexual, pero no tanto sobre la sexualidad y los procesos fisiológicos implicados en la misma.

Al final, lo que ocurre con los mitos es que, al no ser cierta la información que transmiten, lo que dictan es difícil de cumplir, generando emociones desagradables como confusión, vergüenza, culpa, baja sensación de autoeficacia, etc. (Quilliam, 2005). Los mitos imponen unas ideas y unos modos de hacer que no son realistas, pero que las personas usan como referentes de su eficacia como amantes, sufriendo ante la dificultad de alcanzarlos y, por tanto, llegando a la conclusión de que se tienen “disfunciones sexuales” o que no son “buenos amantes” (Quilliam, 2005 y Závala y Herrera, 2009); cuando, en realidad lo que ocurre es que desconocen toda la variedad y posibilidad existente que les brinda su sexualidad, erótica y amatoria y cómo poder conjugarla en un encuentro erótico con otra persona sexuada (Amezúa, 2000). No es posible tener un comportamiento sexual sano y satisfactorio si las personas se basan en información errónea sobre el mismo (Varela y Paz, 2010, como se citó en Fernández-Rouco et al., 2019).

Como defiende la periodista Quilliam (2005): “Yes, sex is wonderful, but it’s also hung around with uncertainties, anxieties and low self-esteem” (“Sí, el sexo es maravilloso, pero también está rodeado de incertidumbres, ansiedades y baja autoestima”) (p.159).

Efectivamente, en las relaciones eróticas también entran en juego otros factores, como lo son la ansiedad o la vergüenza. La ansiedad es una respuesta natural del organismo ante una situación evaluada como superior a los recursos de los que dispone la persona para poder hacerla frente. Un encuentro sexual puede ir mal en un determinado momento, pero no ser considerado negativo, sino más bien como un hecho esporádico. Sin embargo, si preocupa a la persona y ésta empieza a darle vueltas y preguntarse si le volverá a ocurrir en la siguiente ocasión, ello condicionará su estado ante un siguiente encuentro, o incluso sus ganas a que tenga lugar (Ciliberti, 2018 y García, 2015). Como ya se comentó anteriormente, la satisfacción del encuentro erótico es crucial, más que lo

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

que se haya hecho durante el mismo o el cómo se haya hecho, pues determina futuras relaciones (García, 2015). Por ello, la persona empieza a anticipar resultados negativos, generándole ansiedad, lo que lleva, inevitablemente, a una tensión corporal y a una sensación de ineficacia que deteriora el desempeño del cuerpo durante el encuentro. La persona está más en la cabeza que en el fluir, el cerebro está en “modo alerta” dificultando el estado anímico y orgánico de disfrute y relajación propio (y necesario) del encuentro sexual (Ciliberti, 2018). Como se verá en la exposición del caso, esto es precisamente lo que le ocurre a nuestro paciente.

Los propios Masters y Johnson (como se citó en Ciliberti, 2018) establecieron que la ansiedad, y los pensamientos y emociones negativas que la acompañan, son incompatibles con una relación erótica satisfactoria. Se activa el sistema simpático, en vez del parasimpático (el verdadero al mando de los encuentros sexuales), lo que desemboca en un cambio, o incluso inhibición, del deseo sexual (Camerini, 2011, como se citó en Ciliberti, 2018).

Algunas investigaciones demuestran la relación entre la ansiedad y la disfunción eréctil, donde los hombres que tenían dicho diagnóstico presentaban mayores niveles de ansiedad que aquellos que no lo tenían (Coutinho et al., 2020). McCabe et al. (2010) mencionan varios estudios donde establecen la ansiedad como factor de riesgo y de mantenimiento de la disfunción sexual. Igualmente, se ha relacionado la disfunción eréctil con pensamientos de ineficacia o miedo a fracasar durante el encuentro (Cavalcanti y Cavalcanti, 2012, como se citó en Coutinho et al., 2020; y McCabe et al., 2010). Otros autores como Sánchez et al. (2010) o los ya citados McCabe et al. (2010), encontraron relación entre las disfunciones sexuales masculinas (o las disfunciones sexuales en general, en el caso de los segundos autores) y la incapacidad de dejarse llevar durante el encuentro erótico; del mismo modo, se relacionó con autocrítica severa, baja autoestima o temor al fracaso y con sentimientos de culpa o falta de confianza en el ámbito sexual, entre otros.

Sirviendo de guía la afirmación de la periodista Quilliam (2005), el “sexo” (ya sabemos que nos referimos a los sexos y, más en concreto, a la erótica y la amatoria de las personas), no es todo “un jardín de rosas”. Ya se ha explicado brevemente el papel que tiene la ansiedad en las dificultades comunes, pero existen otros factores con los que se les ha asociado. Santos-Iglesias y Sierra (2010), en su revisión sistemática, relacionan la sexualidad humana con la asertividad sexual, es decir, la capacidad de ser asertivos en

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

los contextos eróticos (Painter, 1997, como se citó en Santos-Iglesias y Sierra, 2010), el poder iniciar el encuentro si así se desea y rechazarlo si no, o negociar con la pareja los actos sexuales que se desean (Morokoff et al., 1997, como se citó en Santos-Iglesias y Sierra, 2010). Esta asertividad sexual está implicada de forma positiva en varios aspectos de la RSH, como son el deseo y la satisfacción (Santos-Iglesias y Sierra, 2010), por lo que parece claro que es necesario tenerla en cuenta. En definitiva, la asertividad sexual se entiende como elemento clave tanto en el funcionamiento sexual, como en la RSH (Santos-Iglesias y Sierra, 2010). El paciente que nos ocupa no presentaba mucho nivel de asertividad sexual.

En el “sexo” también entra en juego la vergüenza. Kyle (2013, como se citó en Marcinechová y Záhrcová, 2020) incluye esta emoción en la dimensión sexual de las personas, denominándola “vergüenza sexual” y definiéndola como una intensa y dolorosa emoción de no merecer aprecio, de ser inaceptable o defectuoso debido a determinadas experiencias o pensamientos sexuales. Se puede imaginar, por tanto, que este factor, al igual que los anteriores, afecte al disfrute y el desempeño en la amatoria de las personas. Esta vergüenza puede provocar que eviten encuentros sexuales o que tengan miedo a la intimidad (Lutwak et al., 2003 y Schmader y Lickel, 2006, como se citó en Marcinechová y Záhrcová, 2020).

Terapias hasta ahora Empleadas

Varias investigaciones, aunque no suficientes, han resaltado la importancia de integrar el tratamiento psicológico con el farmacológico (Almås, 2015; Berner y Günzler, 2012; Daines y Hallam-Jones, 2007, como se citó en Almås, 2015; Heiman, 2002; McCabe et al., 2010; Popovic, 2005 y TFPDPP, 1995, como se citó en Labrador y Crespo, 2001) y si bien es cierto que en los últimos años estamos asistiendo a un aumento del abordaje farmacológico para estas “problemáticas” (McCarthy y Fucito, 2005, como se citó en Almås, 2015), las investigaciones demuestran que, aunque su eficacia es elevada, no se mantiene a lo largo del tiempo o su uso prolongado puede tener efectos secundarios, es más invasiva y, finalmente, no aborda la problemática real de fondo, por lo menos en lo que respecta a las disfunciones sexuales sin causa orgánica (Berner y Günzler, 2012; Labrador y Crespo, 2001 y Popovic, 2005). Además, son tratamientos para disfunciones muy concretas (McCabe et al., 2010 y Zavala y Herrera, 2009).

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Por otro lado, el abordaje psicológico generalmente empleado para el trabajo de las dificultades comunes es la combinación de terapia cognitivo-conductual (incluyendo el trabajo con la técnica de la desensibilización sistemática) con terapia sexual, mandando “tareas sexuales” basadas en las desarrolladas por Masters y Johnson y Kaplan (Banbury et al., 2021; Labrador y Crespo, 2001; Popovic, 2005 y Zavala y Herrera, 2009). Igualmente, se añade terapia de pareja, psicoeducación y, a veces, se combina con terapia interpersonal o psicodinámica (Bianchi-Demichelli y Zutter, 2005, como se citó en Almås, 2015; McCabe et al., 2010 y Popovic, 2005). Se considera muy necesario el trabajo junto con la pareja, puesto que la problemática, el estrés y el malestar que genera, se dan realmente en el encuentro (Amezúa, 2000; Berner y Günzler, 2012 y Labrador y Crespo, 2001). Es un factor que se señala como clave a tener en cuenta para el éxito terapéutico (Labrador y Crespo, 2001).

Las recomendaciones generales son realizar un buen diagnóstico partiendo de una evaluación tanto médica, como psicológica (abarcando el nivel cognitivo de creencias, mitos, exigencias; así como el conductual y el emocional, indagando posibles síntomas de ansiedad) (Ciliberti, 2018). Asimismo, se tienen en cuenta no solo la problemática o preocupación que trae el paciente, es decir, el área sexual, sino también el resto de componentes biopsicosociales en relación a la persona que estén influyendo (Almås, 2015; Barnes y Eardley, 2007, como se citó en Almås, 2015; Labrador y Crespo, 2001; McCarthy y Fucito, 2005, como se citó en Almås, 2015 y Savoini, 2018).

Terapia Integradora con Base Humanista

Dado que los estudios han revelado que realmente no existe todavía evidencia de que un tipo de tratamiento psicológico sea más eficaz que otro para el abordaje de las dificultades comunes, y que dicha eficacia no radica tanto en el tipo de intervención, como en los factores comunes a las mismas (Almås, 2015 y Berner y Günzler, 2012), ello vale como parte de justificación del abordaje integrador que se intenta aplicar en este caso.

La mirada que se pone en este trabajo para el abordaje de las disfunciones sexuales no es la que habitualmente se encuentra en terapia debido, en parte, a la base humanista e integradora, así como a la perspectiva de la Sexología Sustantiva (Amezúa, 2000; Amezúa, 2001 y García, 2015). Como bien defienden Zavala y Herrera (2009), la forma usual de trabajar es partiendo de un ideal de normalidad en el ámbito de la erótica y la amatoria, por lo que, si no se llega a esos estándares, se considera disfunción. Desde la

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Sexología Sustantiva, no hay una forma única de “funcionar” o una única función en la amatoria, por lo que no hay disfunciones (García, 2015 y Bonierbale, 2009, como se citó en Almás, 2015). La idea de diagnosticar determinadas dificultades, partiendo, además, desde la perspectiva de que la meta es el orgasmo, la penetración y que el placer de la mujer depende exclusivamente de esa penetración y de la erección del hombre, no se considera adecuada por parte de la autora del trabajo (Berner y Günzler, 2012; Labrador y Crespo, 2001 y Zavala y Herrera, 2009). Como adecuadamente señalan Lue et al. (2004, como se citó en Almás, 2015) y Labrador y Crespo (2001), el objetivo de la terapia debería ser la satisfacción sexual del paciente y no tanto que se consiga una “maravillosa erección”.

Por este motivo, el tratamiento empleado en este caso abarca, fundamentalmente, un trabajo emocional y un trabajo cognitivo, pero no con el objetivo de adecuar al paciente a una respuesta sexual ideal que tiene que alcanzar para que se le considere “curado”, sino para abordar las razones profundas que le llevan a no disfrutar de su erótica y amatoria desde la libertad y la diversidad, haciéndole llegar esto al paciente (Berner y Günzler, 2012).

Bien es cierto que también se emplean actividades propias de la Terapia sexual, como la Focalización sensorial de Masters y Johnson (Amezúa, 2000; Heiman, 2002; Lehrman, 1982 y Popovic, 2005) (aunque en el caso del paciente solo se llegó a realizar la prohibición del coito porque no tenía pareja), así como la técnica de “parada y arranque” (algo modificada). Todo ello con la idea de devolverle el control al paciente y la sensación de autoeficacia, así como reducirle la ansiedad que suponía tener que cumplir con los mandatos del coito (Ciliberti, 2018). Ambas técnicas son ampliamente utilizadas en las terapias que ya se ha mencionado en el apartado anterior que son las más socorridas (Heiman, 2002; McCabe et al., 2010; Nelson, 2008, como se citó en Almás, 2015 y Zavala y Herrera, 2009).

Igualmente se recurrió a ejercicios de visualización de la erección y Mindfulness en los momentos de masturbación para mejorar la sensación de la misma y conseguir mayor sensibilidad en el pene. El Mindfulness es otra estrategia recientemente empleada en el trabajo con las dificultades comunes, aunque más investigada para el caso de las mujeres, pero con reconocido efecto positivo para ambos sexos cuando se combina con la terapia cognitivo-conductual (Almás, 2015 y Banbury et al., 2021).

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Asimismo, se empleó la reestructuración cognitiva junto con el diálogo Socrático (con enfoque de género) para el abordaje de los mitos y las creencias desadaptativas que presentaba el paciente respecto a “los sexos” en general y la erótica y la amatoria en particular (Ciliberti, 2018 y Savoini, 2018); uniendo todo ello al trabajo con las emociones que todo ello le generaba. El mismo procedimiento se llevó a cabo con las obligaciones y autoexigencias que se suelen autoimponer estos pacientes a la hora de la amatoria (Ciliberti, 2018), complementándolo con ejercicios de Focusing para intentar enseñar al paciente a conectar más con las emociones que ello le generaba y la sabiduría corporal que le permite darse permisos y ver sus necesidades (Gendlin, 1988). Es importante hacer ver a la persona que los permisos no son obligaciones, no tendría sentido (Jursch, 2010).

El tema de los permisos es fundamental desde la psicología humanista y más en concreto desde el Análisis Transaccional (Dashiel, 1978; Del Casale, 1988; Jursch, 2010 y Tudor, 2016). De hecho, Steiner (1966, como se citó en Tudor, 2016), los consideró como un factor clave para la cura de las personas. Los permisos deben ser expresados para poder instaurarse y, según Del Casale (1988), aquellos relacionados con el mundo más instintivo, como es el sexo, pueden instaurarse en cualquier momento vital. Por ello, es otro de los abordajes que se utilizan en este caso, trabajando con el paciente en que él mismo se de los permisos, ayudando la terapeuta en el proceso, dando ella misma permisos al paciente a lo largo de toda la terapia (Tudor, 2016). En este caso, se dan permisos al Yo Niño (el pequeño profesor) del paciente (Crossman, 1966, como se citó en Tudor, 2016), que es el que debe ir a jugar a los encuentros eróticos (Martorell y Martorell, 2011).

Finalmente, también se emplearon metáforas para hacer llegar al paciente de una forma más directa y cercana la explicación de lo que le ocurre (C.R. Cahil, comunicación personal, 15 de noviembre de 2021), así como un lenguaje abierto y libre acerca de la realidad de los sexos, de modo que se quitara los tabúes en torno a este asunto y se tratara con toda la naturalidad con la que debe ser tratado. Este factor se ha visto como clave para una buena evaluación y, por tanto, intervención (Perelman et al., 2004, como se citó en Almás, 2015).

Todavía existe escasez de estudios y resultados claros que demuestren la eficacia de los tratamientos psicológicos para el abordaje de estas dificultades (Almás, 2015; Banbury et al., 2021; Berner y Günzler, 2012 y Labrador y Crespo, 2001), y mucho menos de terapias integradoras o diferentes a la cognitivo conductual, que es la más estudiada

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

hasta el momento (Berner y Günzler, 2012). No obstante, es cierto que muchos autores opinan que existe suficiente evidencia de que los tratamientos psicológicos suponen una mejora significativa (mantenida posteriormente en el tiempo), al menos, en lo a que trastornos de erección se refiere (Labrador y Crespo, 2001). Por tanto, el objetivo de este estudio será intentar servir de ejemplo para ver la eficacia clínica de una intervención psicológica integradora en este ámbito.

Diseño

El diseño del estudio sigue la estructura de estudio de caso clínico cualitativo.

El proceso de terapia se lleva a cabo de manera online desde un centro de psicología clínica privado dedicado al tratamiento de todo tipo de trastornos y malestares, pero especializado en sexología, terapia de pareja y terapia con perspectiva de género. Las sesiones que recibe Paco son gratuitas y de una periodicidad semanal de 50 minutos cada una.

La psicóloga que lleva a cabo la terapia está formada en Psicología y Criminología, además de en Psicología Afirmativa para Diversidad Sexual y de Género. En el momento de la terapia se encuentra realizando el Máster General Sanitario con especialización terapéutica humanista experiencial y Terapia Focalizada en la Emoción. La experiencia adquirida es a través de los años de prácticas en las diferentes formaciones. A su vez, la terapeuta es supervisada por el equipo de psicólogas del centro (cuatro de ellas), además de por la tutora del TFM. Dichas profesionales tienen amplia experiencia de varios años en la terapia sexual además de humanista integradora. La frecuencia de las supervisiones se hace semanalmente con dos horas de duración cada sesión.

El paciente vino derivado del centro SEXPOL por exceso de tiempo en la lista de espera, siendo él el que solicitaba la terapia. Se le explicó en la segunda y tercera sesión el procedimiento del estudio que se iba a realizar (con fines únicamente académicos y científicos, salvaguardando en todo momento su identidad eliminando los datos que la pudieran revelar), se leyó con él el consentimiento informado y se le ofreció tiempo para preguntar por dudas. Tras lo cual, se le envió por correo dicho consentimiento (con la instrucción de volver a preguntar cualquier duda que le surgiera) para que lo firmara y lo reenviara (ver anexo 1). Una vez reenviado por el paciente, fue firmado por la terapeuta y vuelto a remitir a él.

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Se seleccionó este caso por lo interesante del mismo y porque podía ser tratado por el centro desde una perspectiva humanista/integradora y desde las bases de la Sexología Sustantiva.

El estudio recibió aprobación para su realización por parte de la dirección del Máster de la Universidad Pontificia Comillas. Durante la terapia y la redacción del artículo del estudio de caso, se garantizó la seguridad de la persona y sus datos, suprimiendo cualquiera de ellos que pudiera llevar a la identificación del paciente. Igualmente, se le comunicó que se le informaría de cualquier aspecto respecto al estudio que pudiera afectarle o que se considerara necesario comunicar. Por supuesto, en cualquier momento podía negarse a que se continuase con su caso para la realización del estudio y podía solicitar una muestra del resultado final para sí mismo si así lo desease. De este modo, se ha mantenido el principio de confidencialidad y de toma de decisiones informada por parte del paciente.

Metodología de Evaluación

La evaluación clínica de la situación del paciente se realizó a lo largo de toda la terapia y no solo al inicio (aunque la evaluación se concentrase principalmente en las primeras sesiones), empleando, fundamentalmente, la entrevista clínica. Igualmente, en las primeras sesiones se dibujó junto a él su línea de vida. A lo largo de la terapia también se le pidió que realizara un escrito a mano donde describiera su idea sobre la sexualidad, el sexo y la pareja (escrito que leyó pero que no quiso entregar); se evaluó y trabajó sus deseos y su erótica mediante la metáfora de la pila (en el apartado del tratamiento se explicará detenidamente), así como escribiendo listas de obligaciones que él se imponía en el ámbito sexual y en su vida en general (trabajando posteriormente con sus correspondientes permisos).

Como medida de proceso, se le pasó una escala de medida de la alianza terapéutica: la adaptación española del *Working Alliance Inventory- Short Version* (WAI-S, Tracey y Kokotovic, 1989) -versión abreviada del *Working Alliance Inventory* (WAI) de Horvath y Greenberg (1989)- elaborada por Corbella y Botella (2004) (la emplean en Botella y Corbella, 2011 y en Rossetti y Botella, 2017) (Botella, 2011 y Idareta-Goldaracena, 2013). Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 12 ítems y formado por tres escalas (acuerdo en las tareas, acuerdo en los objetivos y vínculo positivo). Los ítems se miden en una escala de Likert de 1 a 7 (con valores entre “nada”

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

y “totalmente” respectivamente), pudiendo obtener un total comprendido entre 12 y 84 puntos (Botella, 2011 y Botella et al., 2011). La fiabilidad para la versión abreviada de Tracey y Kokotovic (1989, como se citó en Idareta-Goldaracena, 2013) fue buena (α de Cronbach de 0,89), al igual que en la versión española, con un α de 0,93 (Botella, 2011).

Cabe señalar que no pudo obtenerse el cuestionario original, por lo que se hizo de elaboración propia (que se puede encontrar en el anexo 6) basándose en el propio artículo de Corbella et al. (2011) donde analizaban las propiedades psicométricas de la versión española (Botella et al., 2011).

Presentación del Caso

Para salvaguardar la confidencialidad del paciente, el nombre para referirse a él será Paco. Paco es un hombre español de 20 años. Vive en Madrid y actualmente se encuentra estudiando el grado universitario en Ingeniería Informática o de Sistemas. Es el mayor de tres hermanos y vive con ellos y sus padres. Sus padres estuvieron divorciados (teniendo la custodia compartida) desde 2009 a 2012, pero a día de hoy vuelven a ser una pareja de casados.

Paco tiene diagnosticado desde pequeño TDAH, no está medicado ni nunca ha recibido medicación al respecto. Estuvo un tiempo en tratamiento psicológico, hasta que finalizó y no ha vuelto por este tema o ningún otro, hasta ahora. Su hermano mediano está diagnosticado de TDA y el pequeño de TEA.

Viene remitido por el centro SEXPOL, que le habló del centro privado al que actualmente acude. Él mismo solicita la terapia. Su motivo de consulta consistió en que no conseguía tener erecciones y no podía disfrutar de las relaciones sexuales desde la primera vez que tuvo erótica compartida. Especifica que en el momento que tiene que penetrar o ponerse el condón, no consigue excitarse ni disfrutar, pero a pesar de eso, continúa “*pero como por terminar*”, comenta que “*a lo mejor estoy dos minutos como...penetrando...pero luego en seguida se me baja* (haciendo un gesto con la mano)”. La primera vez que le ocurrió fue en su primera relación erótica a los 17 años con una chica que él refiere “*tenía más experiencia*”. Al explorar esta primera vez, se llega a la conclusión de que fue una situación algo forzada e incómoda para Paco. Explica que, en un principio, fue él quien, aconsejado por un amigo, inició el encuentro encontrándose con la negativa y sorpresa de la chica, lo que provocó arrepentimiento y malestar en el paciente. Sin embargo, unos minutos más tarde, la pareja le comenta que sí quiere hacerlo

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

(Paco siente que lo hace, en cierta medida, por “*pena*”) y comienzan de nuevo. En ese momento Paco ya no se encuentra motivado y su cabeza y estado emocional por lo ocurrido anteriormente impiden que pueda disfrutar del encuentro, desembocando en una incapacidad para tener una erección y, por tanto, penetrar. Refiere que, a lo largo de su relación con esta chica, lo intentaron varias veces más, llegando a conseguir sus objetivos de “*tener una erección, penetrar y eyacular*”, como funcionando en “*automático*”, pero confesando que, realmente, no disfrutaba y que, a medida que pasó el tiempo y tuvo otros encuentros sexuales y relaciones de pareja, ya no conseguía ni siquiera esos “objetivos”. Refiere que, en general, esto no les suponía un problema a las chicas con las que estaba, pero que, alguna vez, sí se encontraba con comentarios como “*éste está conmigo y ni siquiera le pongo*”.

Comenta que no ha acudido antes a terapia, pero que con 17 años fue al pediatra porque estaba preocupado por lo que le ocurría. El pediatra le preguntó si cuando él se masturbaba todo iba bien y conseguía tener una erección y eyacular, así como disfrutar, y ante la respuesta afirmativa de Paco, le explicó que lo que le ocurría “*era mental*”, por lo que le derivaron a SEXPOL. Igualmente, otro de los intentos de solución llevados a cabo por Paco, ha sido la utilización de diferentes tipos de preservativos como modo de confirmar si era este método anticonceptivo el que le impedía disfrutar o no (dándose cuenta, finalmente, de que no era el caso).

Cuando se trata de autoestimulación y está él solo disfrutando de su erótica, no refiere tener ningún problema, llega perfectamente a tener la erección y mantenerla hasta que llega al orgasmo y eyacula. Se exploró la orientación sexual de Paco y comentó que ya se lo había cuestionado y que se sentía heterosexual.

Respecto a otras áreas de su vida, Paco es jugador de baloncesto desde que era pequeño y es una actividad que le reporta mucha gratificación. Tiene dos mejores amigos y, actualmente, mantiene una relación con una chica, a la que no se refiere como “pareja”. Ha tenido relaciones eróticas con cinco chicas en total, como él refiere, donde no ha llegado a disfrutarlo nunca.

También comenta que su madre es muy religiosa, y de una forma más radical sobre todo desde hace un año, aproximadamente (que él relaciona con el diagnóstico de TEA de su hermano pequeño). Paco comenta que respeta sus creencias y formas de actuar, pero él no las comparte, por lo que llega a estar molesto con su madre cuando le obliga a

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

ir a misa o le pone encima de su cama “*el libro de Virginidad 2.0*”. Señala que no está muy a gusto en casa y que muchas veces se ha ido a dormir a casa de uno de sus mejores amigos (a los que la madre califica de “*mala influencia*”).

Finalmente, al hablar de sí mismo, comenta que está contento porque cada año ha ido mejorando las “*taras que tenía*”. Se describe como una persona que empatiza con la gente y se acerca al que está más solo; además es muy “*crítico y empírico*”, le gusta pensar las cosas y no aceptarlas sin más. Del mismo modo, a medida que fue avanzando la terapia, surgió el nivel de autoexigencia que se imponía respecto a diferentes áreas de su vida, como son el baloncesto y los estudios. Refiere una época de “*bajón*” emocional y desmotivación de la que consiguió salir estructurando su vida de una manera con la que está actualmente satisfecho. A este respecto, es importante señalar que Paco ha tenido que ser “*un buen hijo*” (de hecho, en alguna ocasión refiere tener como objetivo ser “*mejor hijo*”) para ayudar a sus padres con sus hermanos, llegando a la conclusión de que ha tenido que hacerse mayor antes de tiempo (lo que puede concordar con su nivel de exigencia).

Lo que le gustaría conseguir a Paco de la terapia es “*poder disfrutar de las relaciones sexuales y no sentir esa frustración que me viene*”.

Formulación del caso

Teniendo en cuenta que la orientación aplicada para el abordaje de este caso es de base humanista, pero con intención integradora, la formulación de caso va a seguir el mismo objetivo, combinando formulaciones que cabría esperar de varias corrientes de la psicología (Terapia Focalizada en la Emoción, terapia cognitiva...) (Goldman, 2017; Greenberg y Goldman, (Eds.), 2019).

Partiendo un poco más del estilo de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), Paco parece tener un crítico interno que le exige mucho en la vida y que extrapola a las relaciones sexuales. Es un crítico que le exige ser “*mejor hijo*”, “*mejor estudiante*” y, por ende, “*mejor amante*”; por lo que acude a los encuentros eróticos desde esa exigencia donde “*tiene que hacerlo bien*”. Además, a veces también recibe de este crítico mensajes que le hacen rendirse ante la idea de “*valer para tener relaciones sexuales*” por lo que tiene que esforzarse por “*ser un buen novio*” (pareciera a modo de compensación).

Por otro lado, se pudo apreciar una posible autointerrupción emocional (entendida como una tendencia a frenarse el sentir ciertas emociones por haber aprendido que son

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

malas o peligrosas), en particular, del enfado. En general, parece una persona muy estructurada y organizada que está desconectada de su cuerpo y de sus emociones: le cuesta contactar con ellas o ponerles nombre. Es cierto que puede hablar de ellas, pero no las experimenta mientras las describe, sobre todo el enfado. En alguna ocasión ha llegado a comentar que controla mucho cómo expresa su enfado puesto que, debido al diagnóstico de TDAH, se vive muy impulsivo y no le gustan sus reacciones cuando experimenta dicha emoción. De este modo, parece que puede estar frenándose el enfado lo que, desde la TFE, entienden como causa de malestar y que, en este caso, se relacionaría con la falta de disfrute en el sexo y de fluidez en su amatoria.

En adición a todo esto, y siguiendo un modelo más cognitivo, Paco presenta creencias irracionales y mitificadas respecto al sexo, al sexo compartido y respecto a las relaciones de pareja, donde tiene que sacrificar a veces lo que él quiere por la persona a la que ama. Del mismo modo, acuden a su mente pensamientos catastróficos antes y durante las relaciones eróticas (“*no la lées, hazlo bien*”), que le generan ansiedad anticipatoria y estado de alerta en su cuerpo (que puede haber quedado condicionada por la evaluación negativa de la experiencia primera que tuvo y por reforzamiento de las siguientes), provocando que esté más en la cabeza durante el encuentro que en el fluir y en el disfrute. Parte desde el Adulto y no desde el Niño (siguiendo más la guía del Análisis Transaccional) (Martorell y Martorell, 2011). Todo ello, ha desembocado en una pérdida de confianza en sí mismo en ser “un buen amante o pareja”, donde la profecía se ha autocumplido varias veces.

Por último, Paco no ha explorado hasta ahora su erótica, por lo que desconoce lo que le gusta e, igualmente, no es algo que se haya comunicado o hablado en las relaciones de pareja o eróticas que ha mantenido hasta el momento.

En conclusión:

Origen: autoexigencia en la vida, que también aplica al sexo: “tiene que dar la talla”. Tuvo una experiencia sexual vivida como desagradable y nada satisfactoria, que luego fue repitiéndose, anticipando ese anterior resultado y llegando a actuar en “automático” sin tener en cuenta el disfrute propio ni el de la otra persona implicada.

Mantenimiento: mitos respecto al sexo, a las relaciones sexuales y de pareja. Autoexigencia con crítico interno, con pensamientos machacantes durante el acto y antes de el mismo. Evitación del sexo. No contacto con su cuerpo y lo que le gusta y

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

autointerrupción del enfado. Existe falta de comunicación entre los implicados respecto a lo que les gusta. Además, pone mucho peso en la erección y la penetración como si el sexo solo implicara esas partes.

Tratamiento y curso

La intervención que se realizó fue de base humanista con perspectiva integradora y apoyándose en las aportaciones fundamentales de la Sexología Sustantiva y la Terapia Sexual. Las sesiones fueron de cincuenta minutos de duración, de periodicidad semanal y en formato online.

Los objetivos que se intentaron abordar y se pactaron con el paciente, fueron los siguientes:

Objetivos generales:

Disminuir la respuesta de ansiedad ante las relaciones sexuales.

Recuperar la confianza en sí mismo, el control sobre la erección y el disfrute de su erótica.

Objetivos específicos:

Identificar y eliminar los pensamientos catastróficos anticipatorios ante un posible encuentro sexual, así como desmontar mitos y creencias sobre la sexualidad consiguiendo una idea más adaptativa de la misma que le permita disfrutar su erótica.

Identificar, explorar y manejar las emociones que experimenta ante la sexualidad compartida.

Reducir la autoexigencia que se impone en los encuentros eróticos.

Fomentar la autoexploración y el autoconocimiento de su cuerpo y de lo que le excita.

Fomentar la comunicación sana en la pareja durante las relaciones sexuales.

Para una descripción más detallada de las estrategias empleadas para alcanzar cada objetivo mirar anexo 2.

A continuación, en la Tabla 1, se muestran resumidas las intervenciones que se hicieron en las diferentes sesiones en base a los objetivos terapéuticos acordados y los que iban surgiendo durante las mismas.

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Tabla 1

Objetivos terapéuticos y estrategias empleadas en sesión

Nº de sesión	Objetivos terapéuticos	Estrategias empleadas
1º	Explicación de consentimiento informado para TFM. Vincular. Explorar motivo de consulta y conocerle.	Entrevista clínica. Empatía y escucha empática. Reflejo y validación empática. Gráfico de las 6 áreas de la vida.
2º	Explorar la problemática con la erección: historia del problema, emociones asociadas, etc. Iniciar abordaje con el problema de erección. Explorar infancia, familia, diagnósticos de TDAH, etc.	Entrevista clínica. Empatía, escucha empática, reflejos y validación. Lenguaje y comunicación natural respecto al sexo. Línea de vida. Focalización sensorial (primero prohibición del coito). Ejercicio de pérdida y recuperación de erección durante la masturbación.
3º	Explorar influencia de la religión, mensajes de la madre y del colegio católico en la experiencia sexual. Explorar su idea del sexo, mitos sexuales subyacentes y la sexualidad en la familia y entorno cercano. Explorar amatoria en la pareja y su propia erótica. Explorar experiencia con los ejercicios mandados en la anterior sesión.	Entrevista clínica. Empatía, escucha empática, reflejos y validación. Lenguaje y comunicación natural respecto al sexo. Psicoeducación de la Respuesta Sexual Humana y del efecto de la ansiedad en la excitación.
4º	Continuar exploración de su idea sobre el sexo, los mitos y su erótica. Debatir acerca de los mitos sexuales. Continuar trabajo con la erección para ganar control. Acordar objetivos terapéuticos.	Entrevista clínica. Empatía, escucha empática, reflejos y validación. Lenguaje y comunicación natural respecto al sexo. Empleo de una lista de los mitos sexuales más comunes. Focalización sensorial (prohibición de encuentros sexuales + penetración).
5º, 6º y 7º	Continuar trabajo con mitos. Explorar y buscar su erótica y fantasía. Explorar la “no sensibilidad al condón”. Devolver lo recogido y comprendido hasta ahora.	Entrevista clínica. Empatía, escucha empática, reflejos y validación. Lenguaje y comunicación natural respecto al sexo. Psicoeducación de comunicación y asertividad sexual en la pareja. Psicoeducación fantasía vs. Realidad. Escrito: ¿cómo o qué es para mí el sexo? Trabajo con la pila y las fichas positivas y negativas.

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

8°	<p>Explorar más en profundidad las experiencias sexuales hasta ahora, así como aquellas donde realmente a él le apeteció. Explorar idea acerca de cómo son las relaciones de pareja. Continuar trabajando el control de la excitación y la erección.</p>	<p>Tarea para casa de explorar más acerca de lo que le excita. Metáfora del programa de ordenador saturado que no funciona bien. Entrevista clínica. Empatía, escucha empática, reflejos y validación. Lenguaje y comunicación natural respecto al sexo. Psicoeducación de la importancia de comunicar lo que queremos. Señalamientos y reflejos de sus exigencias y frenos. Ejercicio de pérdida y recuperación de erección con condón + visualización (breve Mindfulness).</p>
9°, 10° y 11°	<p>Recoger experiencia y dificultades con el ejercicio de visualización. Explorar y trabajar las obligaciones que se impone y los permisos que se da (en el sexo, en la pareja y en otros ámbitos de su vida).</p>	<p>Entrevista clínica. Empatía, escucha empática, reflejos y validación. Lenguaje y comunicación natural respecto al sexo. ¿Qué ocurre si dices que no al sexo? ¿Qué le dirías a un amigo en tu situación? Psicoeducación en mensajes Yo y en sus derechos en el sexo (derecho a decir que no). Listado de obligaciones para poner al lado los permisos que quiera darse.</p>
12° y 13°	<p>Trabajar y explorar su autoexigencia (también la exigencia en la familia y el reparto de la misma). Explorar su relación con la emoción “enfado”. Continuar trabajo obligaciones/permisos.</p>	<p>Entrevista clínica. Empatía, escucha empática, reflejos y validación. Lenguaje y comunicación natural respecto al sexo.</p>
14° y 15°	<p>Explorar autoestima e imagen de sí mismo Conectar con el cuerpo (cómo nota la exigencia en su cuerpo).</p>	<p>Entrevista clínica. Empatía, escucha empática, reflejos y validación. Lenguaje y comunicación natural respecto al sexo. ¿Qué mensajes te dices a ti mismo? ¿Por qué es importante para ti la erección? Ejercicio de Focusing con sondas (frases expresadas por él).</p>

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Primera y Segunda Sesión

Durante estas primeras sesiones se inició el establecimiento del vínculo terapéutico, así como la evaluación del motivo de consulta de Paco y sus preocupaciones. Se exploraron las diferentes áreas de su vida (ocio y tiempo libre y amigos, área profesional, área de pareja, familia de origen y propia, y área personal), no solo la sexual. En esa exploración familiar y vital (así como el diagnóstico de TDAH), se empleó la técnica de la línea de vida (ver anexo 3).

El motivo de consulta y principal preocupación que trajo Paco fue la dificultad para tener una erección durante las relaciones sexuales, especialmente en el momento en el que tenía que ponerse el condón o penetrar. Además, refiere no excitarse ni disfrutar (tenía cierta preocupación acerca de la sensibilidad en el pene), pero se obliga a sí mismo a continuar.

La primera vez que esto le ocurrió fue durante su primera relación sexual con su pareja, a los 17 años. Comenta que no se sintió cómodo y vivió la situación de forma forzada. Refiere que, tras ese momento, se quedó pensando con rabia: *“si lo hubiera hecho bien la primera vez...”*. En esta primera vez, él intentó tener relaciones sexuales con su pareja y ella se vio sorprendida, por lo que la situación se tornó muy incómoda para Paco. Sin embargo, unos minutos más tarde, su pareja le acepta la invitación y él, a pesar de encontrarse incómodo, se obliga a continuar y no consigue, en consecuencia, disfrutar ni eyacular esa primera vez. Con esta chica probó en siguientes ocasiones hasta que finalmente consiguió tener una erección, penetrar y eyacular, pero él mismo explica que *“lo hacía de modo automático y no disfrutaba realmente”*, simplemente, quería cumplir con esos objetivos que él se había marcado pues formaban parte del “buen hacer”. Refiere no haber disfrutado nunca en las siguientes relaciones y encuentros eróticos que tuvo tras la ruptura con esta pareja.

También se exploraron las emociones asociadas a esta dificultad en el disfrute y la erección. Todas ellas se reflejaron y validaron, pues Paco no expresa mucho sus emociones al respecto o le quita importancia a lo que cuenta y siente. La principal emoción que surgió fue la *“impotencia”*.

Tercera Sesión

En las primeras sesiones surgió un tema que, en un principio pareció ser la causa del malestar de Paco: la religión y la insistencia de su madre respecto a la misma. Sin

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

embargo, tras hablar de ello detenidamente, se llegó a la conclusión de que no era algo que realmente le estuviera afectando (no obstante, se estuvo pendiente de este tema por si acaso).

Del mismo modo, se exploró la idea que Paco mantenía sobre el sexo, así como los mensajes al respecto que había recibido en el colegio y de sus amigos y familia. Refiere no tener conversaciones con su familia sobre el tema, *“como en cualquier familia”*, señala. No obstante, sí que habla de una influencia por parte de su grupo de pares, siendo un amigo el que le sugirió que *“me lanzara”* la primera vez que tuvo relaciones sexuales que luego devinieron en incómodas para él.

Asimismo, se preguntó a Paco sobre el ejercicio de pérdida y recuperación de la erección que se le sugirió en la anterior sesión y comenta que es capaz de llevarlo a cabo perfectamente. Al intentar ver si con el ejercicio había descubierto algo acerca de sí mismo o algo que le llamara la atención, él responde: *“eso, que he sido capaz de hacerlo”*; no se puede explorar mucho más allá, incluso a pesar de preguntar respecto a cómo conseguía volver a recuperar la erección (a fin de conocer su erótica y que él se hiciera consciente de ello, así como para hablar con naturalidad acerca de todo el tema sexual). Se le valida y se le explica que se ha comprobado que su cuerpo funciona bien, pero que se complica cuando el sexo es compartido y se busca que la otra persona también disfrute. En este sentido, se intentó explorar la amatoria con su pareja actual, pero Paco no se había parado a pensar en ello antes ni se le ocurrían aspectos que comentar. En este momento señala algo interesante: *“cuando estoy en casa, me imagino la situación con ella y me apetece, pero luego, cuando llega el momento, cuando ya estoy con ella, como que ya no tengo ganas”*. Parecía que era más fácil cuando se podía tener el control en una fantasía que ya después en el momento real, donde acudían pensamientos a su cabeza del estilo: *“va a volver a pasar”*, *“no va a salir bien”*. Además, comenta que en esos momentos no deja que su pareja le masturbe porque *“para qué”*, *“la voy a tener flácida y sacarla y tenerla así no me apetece”*. Aparece entonces (reflejándosele la terapeuta) un sentimiento de vergüenza en Paco y una tendencia a cortar su propio disfrute y estar más en su cabeza que fluyendo con su cuerpo.

Cuarta Sesión

En la sesión anterior surgieron varios pensamientos y mitos respecto al sexo que resultaron llamativos, por lo que se decidió en esta sesión abordar los mismos.

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Para el primer objetivo, se le planteó una lista de típicos mitos respecto al sexo que se fueron debatiendo con él. El mito que más destacó fue: “a los hombres les apetece más que a las mujeres”. Se discutió con él al respecto y se mostró muy participativo y abierto. Igualmente, otro mito que llamó su atención fue el de llegar a la vez al orgasmo. En este sentido, se apreció una falta de comunicación durante el encuentro sexual respecto a si se necesita más estimulación, menos, qué se quiere o que no, por vergüenza a preguntarlo o pedirlo. Se psicoeducó en todo ello, hablando de los estándares sociales (o la opresión sexual de la mujer) o de las diferencias que puede haber en la RSH entre hombres y mujeres.

Por otro lado, volvieron a surgir los pensamientos anticipatorios y catastrofistas respecto a futuros encuentros sexuales con la chica con la que estaba en ese momento (le da vueltas durante la semana): “*me va a dar la bajona*”, “*me va a pasar otra vez lo mismo*”. A la vez le preocupaba perder las pocas oportunidades de momentos íntimos que podía tener con ella, por lo que iba a los encuentros con esa doble presión, estando en la cabeza, lleno de preocupaciones y obligaciones, y no en el fluir. Por este motivo, se le indicó que se iba a prohibir no solo la penetración, sino también los encuentros eróticos en general, es decir, sin genitalidad (continuando con la Focalización sensorial para disminuir la presión que se impone). Se mostró de acuerdo con ello.

Quinta, Sexta y Séptima Sesión

En las tres siguientes sesiones se continuó el trabajo con los mitos preguntándole cómo se sentía al respecto, a lo que respondía que realmente nunca le había dado tanta importancia, apreciando quizás aquí su autointerrupción emocional. Asimismo, se exploró más en profundidad su erótica, incluyendo sus fantasías, a fin de hacerle a él más conocedor de esa parte que hasta ahora no había atendido.

Para el trabajo de su erótica, se empleó la metáfora de la pila, donde tenía que poner cuáles eran “las fichas positivas” que le cargaban su pila (aquello que le excitaba) y cuáles sus “fichas negativas” que hacían que perdiese la excitación o que no le gustaban (foto en anexo 4). Fue un ejercicio difícil para Paco y para la terapeuta, pues no se conseguían muchas respuestas. Paco no tenía explorada su erótica, por lo que la sesión fue importante en ese sentido, así como para fomentar el hablar de forma más libre sobre el sexo y de aquello que le excita y para darle/darse permiso para explorarlo y conocerse mejor. Se pidió que pensara entre sesiones aquello que podía excitarle y que jugara y

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

explorara mientras se masturbaba. Esta tarea se le sugirió en varias ocasiones, pero no trajo nada nuevo o no tenía tiempo para hacerla.

Un aspecto interesante es que Paco señala como ficha positiva el que le hagan estimulación buco-genital (“sexo oral en la cabeza del pene”), sin embargo, en las siguientes sesiones, señaló que realmente le incomodaba que la chica estuviera haciéndole una “*felación*” puesto que pensaba que ella no disfrutaba y estaba pendiente del tiempo que estaba él disfrutando para luego “*compensárselo*” a ella. Paco parece estar en los “deberías” durante sus encuentros sexuales, por lo que no se permite el disfrute o decir que no cuando no quiere. Se le señala la libertad que tiene cada uno para consentir en el sexo (tanto por parte de él como por parte de la otra persona implicada).

Entre sesiones también se le pide que describa en una hoja lo que para él sería una relación sexual satisfactoria (como tal no realiza la tarea, pero sí se habla de ello en sesión). Comenta que, el haber hablado sobre los mitos y demás temas abordados durante las sesiones, le ha hecho darse cuenta de que tenía ideas instauradas que no se correspondían exactamente con la realidad y que, para él, consistiría en: “*una relación que empieza con los dos teniendo ganas y estando a gusto, y termina gustándole a los dos*”.

Igualmente se habla con él sobre sus fantasías, para así tener también imágenes que traer a la cabeza para aumentar su excitación y el control de ésta, psicoeducando en que se puede tenerlas sin querer llevarlas luego a cabo en la realidad. De nuevo, fue un ejercicio que le costó y no supo exponer muchas. Se preocupa mucho de que la otra parte esté a gusto y de no ofender (algo que se le valida y refuerza, intentando también reforzar su autoestima como “buen amante”), pero no se fija tanto en lo que a él le gusta o quiere. Igualmente, se le vuelve a señalar la importancia de la comunicación en esos casos y preguntar y pedir permiso si algo le preocupa.

Finalmente, respecto a la preocupación que trae Paco sobre la no sensibilidad al condón refiere que, mientras está penetrando, no siente si continua con la erección o no, pero, tras preguntar un poco más, surgen de nuevo sus inseguridades y pensamientos respecto a si lo está haciendo bien o no, si le va a volver a ocurrir lo de la veces anteriores, etc. Además, parece que él acude a los encuentros eróticos sin realmente ganas o sin que haya un ambiente o humor que lo excite, sino que se obliga a cumplir. En aquellas ocasiones en las que pudo tener una erección o disfrutar del momento, fue cuando no

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

tenía realmente la obligación de tener sexo. Ejemplo de ello es cuando en una ocasión la chica no le atraía sexualmente, por lo que no sintió la presión de tener que responder sexualmente (aunque este aspecto se conjetura y se le señala y él no se muestra del todo convencido), por ello refiere haber podido tener erección y penetrar a la primera, aunque luego durara poco (según su criterio temporal) y no llegara a eyacular. Se intenta que conecte con lo que le hizo sentir eso o cómo se siente ahora al respecto, pero solo habla de los pensamientos.

Octava Sesión

En esta sesión, se abordó su idea sobre las relaciones de pareja surgiendo en él un enfado ante el comportamiento de sus iguales a ese respecto. Comenta que ahora es habitual dejar la relación con tu pareja en verano, para “*enrollarse con otras personas*”, o bien, directamente engañan a sus parejas. Él se muestra totalmente disconforme y molesto con ese comportamiento. Añadido a esto, señala una sensación respecto a las relaciones como de estar “*forzadas... noto todo como muy forzado*”, ante lo que se le responde conjeturando que él se fuerza a sí mismo en las relaciones sexuales. Paco responde afirmativamente al comentario y añade que ya ha aprendido y no se fuerza tanto a esas situaciones aceptadas socialmente como hacía antes. No obstante, parece que se presiona para que todo sea perfecto a la hora de tener sexo o se obliga a sí mismo a tener relaciones sexuales porque es lo que demanda la situación.

Por este motivo, y continuando con aquel momento que había contado en las sesiones anteriores en el que pudo tener una erección y penetrar a la primera, se exploró otras ocasiones en las que realmente disfrutara o hubiera ido con ganas. Responde que solo se acuerda de una vez en que realmente disfrutara y, tras indagar en los aspectos, emociones y diferencias con anteriores ocasiones, fue posible porque se encontraban en un coche en un lugar público y “*la excusa ya estaba servida*”. Expresa que sintió que no pasaría nada si no quería tener sexo, precisamente por las circunstancias. Aquí se descubrió que hubo un permiso que le permitía, valga la redundancia, decir que no a ese encuentro sexual y, gracias a eso, y a pesar de no conseguir eyacular (lo que, en otras ocasiones, le había generado malestar emocional), disfrutó del momento. Se habló entonces de la importancia de que ese permiso se lo pudiera dar él mismo y no necesitara uno externo.

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Finalmente, para abordar la preocupación de la sensibilidad del pene con el preservativo, y seguir fomentando la sensación de control en la erección y la excitación, se le sugiere que vuelva a hacer el ejercicio de perder y recuperar la erección, pero con el condón puesto. Además, se le pide que, antes y durante el ejercicio, intente visualizar y sentir su musculatura y su erección, cómo está el pene, la base de éste, etc. (ejercicio de Mindfulness), intentando así aumentar la conciencia y la experiencia de la excitación. La idea era que también apuntara en un registro todo lo que había sentido y pensado (previo ejemplo en sesión con una situación pasada), pero no es algo que se consiguiera a pesar de mandar en varias ocasiones el ejercicio.

Novena, Décima y Undécima Sesión

En estas sesiones, se abordó con él qué ocurriría y qué sentiría si alguna vez dijera que no ante un posible encuentro sexual para lo que se le preguntó qué sería lo peor que podría pasar. Paco expresó temor a que la otra persona “*se enfade o se moleste*”. Dado que no se permitía esa negativa, sobre todo si estaba en una relación de pareja estable (en esos casos él cree que a veces es necesario sacrificarse para contentar a esa persona), se trató de que tuviera la perspectiva de un amigo que aconseja a otro que está en su misma situación. De ese modo, él fue capaz de ver que tiene ese derecho como cualquier otra persona; sin embargo, solo lo vio a nivel cognitivo y se preguntaba cómo sería capaz de llevarlo a la práctica. Se habló y se debatió con él acerca de sus derechos en el sexo, como en la vida, y en los posibles mensajes Yo (es decir, desde sus propias emociones y necesidades no desde la conducta o persona del otro) que podría transmitir en esos momentos.

Se mostró de acuerdo con todo lo anterior y veía muy claros sus derechos. No obstante, aquello que más le frenaba era la exigencia y obligaciones que se imponía a sí mismo y los pocos permisos que se concedía. Por ello, se decidió realizar de forma conjunta una lista de las obligaciones que se autoimponía (en las relaciones sexuales, con sus amigos, con su familia, en la universidad y en el baloncesto) (ver anexo 5), para, más adelante (tras un trabajo con estas obligaciones y autoexigencia), se pudiera dar permisos para cada una.

Por otro lado, se le preguntó sobre el ejercicio de visualización de la erección mientras se masturbaba. Responde que no había tenido ni tiempo ni ganas para hacerlo, por lo que se le tranquiliza y se le explica la influencia del estado de ánimo y el estrés en

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

la excitación, pero se le señala la importancia de intentar hacerlo y se le vuelve a mandar para la siguiente sesión. Esto se repite en varias sesiones y refiere no saber muy bien qué registrar y lo vive “raro”, por lo que, finalmente, dado que el objetivo es que realmente él disfrute durante la masturbación y no se angustie pensando en lo que debería sentir o registrar, se le retira el ejercicio y se habla de lo conseguido hasta ahora con él (él está de acuerdo): manejo y pérdida del miedo al condón (y conciencia de igual sensibilidad en el pene con él que sin él), y mayor conciencia de la erección y de la excitación.

Duodécima y Decimotercera Sesión

Tras haber elaborado en las sesiones anteriores la lista de obligaciones que se autoimponía, se continuó trabajando en las siguientes preguntándole cuáles quería quitar, cuáles cambiar y cuáles conservar. Una vez finalizado esto, como se había apreciado en Paco un alto nivel de autoexigencia, pero de la que él no parecía tan consciente, se le reflejó (y él mismo lo dijo después: “*soy muy autoexigente*”) y, en vez de pasar a trabajar con los permisos, se consideró necesario el trabajo y la concienciación (conectarle emocionalmente) con esa autoexigencia.

Se comenzó explorando el nivel de exigencia que había en su familia, cómo estaba repartida entre los hermanos, cómo le habían exigido desde pequeño, etc. Comenta que se exige mucho para ser “*mejor en baloncesto, mejor hijo, mejor informático...*” ya que “*me he sentido muchas veces muy mal hijo, mal jugador, estudiante, amigo...*” por ello, para no sentirse así otra vez, “*quiero mejorar*”. Ante esto, se le refleja que parece muy cansado tener que ser mejor en todo y se le pregunta si eso también puede influir en tener que ser “*mejor amante*” (esa palabra le chirría, pero se muestra algo de acuerdo).

Al buscar un poco el origen de esta autoexigencia, refiere que, desde pequeño, él tuvo que ser más mayor y maduro porque notaba que sus padres necesitaban que lo fuera (debido a que el diagnóstico de sus hermanos de TDA y TEA exigía mucha atención). Por este motivo, él expresa que, a pesar de tener “*la excusa perfecta por ser un niño y estar en la edad, tenía que ser más responsable de lo que sería para mi edad*”, “*mis padres han necesitado que yo no cometiera errores*” y comenta que “*tengo muchos errores*”. Se le refleja lo duro de la situación y el hecho de que haya tenido que crecer rápido y, quizás, no disfrutar como un niño.

Igualmente, respecto al origen, comenta que tuvo una época muy mala, con desmotivación y malestar emocional. Fue el primer año de carrera, no le gustaban las

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

asignaturas, rompió la relación con su primera pareja, le tuvieron que operar de la nariz y le echaron de su equipo de baloncesto. Para salir de ahí, consiguió organizarse y estructurarse todo (el baloncesto y la universidad). Sin embargo, la preocupación de la terapeuta estaba en que no tiene hueco para nada más, por lo que se exige cumplir fielmente con los horarios que se marca. Se le señala que esta forma de funcionar que ha aprendido desde pequeño y en esa época, le ayudó a salir de ese momento tan complicado, pero puede que le esté influyendo ahora en el disfrute de su amatoria ya que el control, el adulto con responsabilidades, es incompatible con la situación de excitación y disfrute del encuentro sexual.

Finalmente, se exploró cómo se relaciona con la emoción del enfado, si alguna vez expresa lo que necesita, si pone límites ante lo que le molesta, etc. Paco dice ser muy impulsivo en cuanto a la expresión del enfado y es algo que le desagrada, por lo que intenta controlarse mucho cuando lo expresa. Es una persona muy estructurada y organizada, que parece que interrumpe sus emociones, sobre todo, el enfado.

Decimocuarta y Decimoquinta Sesión

En estas sesiones Paco informó a la terapeuta de que había decidido tomarse un tiempo con su pareja. Por este motivo, y dado que ya no había posibilidad de ir practicando o haciendo ejercicios de sexualidad compartida, terapeuta y paciente decidieron enfocarse más en otros temas, como el de la autoexigencia, dejando un poco más aparcado el motivo de consulta inicial. No obstante, hubo un avance con su pareja antes de que decidiera darse un tiempo, pues comentó que un día en el coche ella le hizo estimulación buco-genital y él lo disfrutó bastante. Él vive esto como un avance por ese disfrute y porque siente que aguantó más que antes con la erección. Estaba contento al respecto.

Antes de aparcar el tema sexual, también se exploró la imagen que tenía de sí mismo y cómo había afectado a su autoestima sus dificultades con la erección y con el disfrute de la sexualidad. Igualmente se abordó por qué era tan importante para él la erección y qué decía de él el hecho de no tenerla. Respecto a esto último, Paco refiere que temía que la chica pensara que no *“me atrae o que no quiero tener sexo con ella”*. En otro momento también expresó preocupación porque su pareja, que se iba a ir a Estados Unidos, *“encontrará otro que se lo haga mejor”*. Indagando un poco más y reflejando las emociones que podía estar sintiendo al expresar esto, Paco finalmente dice que termina

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

pensando: “*No valgo para tener relaciones sexuales*”, “*me conformaré con ser un buen novio*”. En ese momento no se pudo profundizar más en las emociones, pero quedó reflejada esa parte de sí mismo que se machaca y que se dice que no vale y que tiene que esforzarse por ser un buen novio, para compensar. De hecho, al explorar la exigencia cuando estaba en pareja, comentó que con su primera novia él estaba constantemente pendiente de ella: “*sí que me exigía que ella notara que yo estaba encima*”.

A raíz de todos estos pensamientos y mensajes que se dice a sí mismo, se decidió hacer una sesión de Focusing con sondas, partiendo de esas frases recogidas de las distintas sesiones. Finalmente, la sonda que más movimiento emocional le generó fue: “No tienes que hacer nada para que te queramos” o su contraria “Tienes que demostrar que eres válido para que te queramos”. El enfoque con esta sonda provocó en Paco una sensación de opresión en el pecho “*como si fuera una losa pesada*”. Después, esta sensación se movió a los hombros donde describió que sentía un peso sobre ellos, un peso que le resultaba familiar y que quería quitarse. Todo esto, curiosamente, le conectó con un recuerdo en el que su madre le obligaba a ir a un terapeuta y se sentía forzado a ir allí, como si le forzaran a estar bien. Esto puede asociarse con las obligaciones y exigencias que se impone a sí mismo de “ser mejor”.

Resultados del Tratamiento

La terapia no ha finalizado y actualmente se continúa trabajando con la autoexigencia y la lista de obligaciones y permisos. Se pretende que primero conecte con esa autoexigencia, para luego explorar las emociones que le genera, prestando atención a cuáles está tapando y no permitiendo expresar, y ver si le está provocando malestar.

Hasta el momento, los objetivos que el paciente y la terapeuta han considerado que se han alcanzado son: desmontar mitos y creencias sobre la sexualidad, identificar los pensamientos catastróficos anticipatorios ante un posible encuentro sexual, fomentar la autoexploración y el autoconocimiento de su cuerpo y lo que le excita (aunque no se consiguiera amplia variedad), recuperar el control de la erección y aumentar la conciencia de ésta y de la excitación durante la masturbación.

El resto de los objetivos no han podido alcanzarse por la falta de posibilidad de práctica de sexualidad compartida. No obstante, se piensa que el trabajo actual puede favorecer a todos los objetivos primeramente establecidos. El pronóstico de Paco se considera positivo, aunque lento dada su dificultad para conectar con las emociones y

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

darse permiso para expresarlas, y por el impedimento de no tener una compañera para practicar en los encuentros sexuales.

Respecto a las dificultades que se han encontrado durante el proceso, sobre todo se destaca la falta de realización de las tareas que se le mandaba entre sesiones, así como su dificultad y defensa ante expresar las emociones y contactar con ellas más allá de solo hablar. En relación con el motivo de consulta, la mayor dificultad ha sido que dejara la relación con su pareja actual.

Referente a problemas más técnicos, en ocasiones hubo dificultades en la conexión de las sesiones online, por lo que se perdía la naturalidad en la que se expresaban las cosas, la congruencia y la presencia, aunque no supuso mucho daño ni al vínculo ni a la terapia en sí.

No obstante, y a pesar de las dificultades, Paco ha tenido buena adherencia al tratamiento presentándose a todas las sesiones (exceptuando algunos problemas de horario entre paciente y terapeuta) y mostrándose dispuesto a trabajar dentro de sus defensas. Igualmente, se le pasó el WAI-S (ver anexo 6) en la undécima sesión para medir la alianza terapéutica. A pesar de que los expertos recomiendan medir la alianza entre la 3ª y la 7ª sesión para predecir mejor el resultado de la terapia (Botella, 2011), en este caso no fue posible, pero se obtuvo un resultado elevado (74) demostrando una buena alianza terapéutica.

Discusión

A pesar de que la terapia con Paco no ha concluido y de que se tuvieron que cambiar los objetivos iniciales del tratamiento debido a circunstancias difíciles de controlar (estar sin pareja), se considera, en base a los resultados ya expuestos y a las verbalizaciones del paciente, que la terapia ha sido eficaz en gran medida.

Se han conseguido alcanzar varios objetivos con Paco, concluyendo que ha ampliado su visión respecto a las relaciones sexuales, ha conseguido mayor nivel de asertividad sexual, le ha perdido el miedo al condón y es más consciente de su erección y excitación, así como de lo que le excita o de lo que no abriéndose ante él la posibilidad de seguir explorando esto si quisiese. Además, ser más consciente de los mensajes que se da a sí mismo, permite que se pueda trabajar con ellos.

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

El que no se hayan alcanzado el resto de los objetivos, se debe, en parte, a esas dificultades para lograr que Paco realizara las tareas que se le mandaban y a que le costara conectar con sus emociones. Paco es una persona que impone su visión al exterior, y ve éste o lo que hacen los demás, pero no se ve a sí mismo. Con los permisos entiende cómo se aplicarían a otros, pero no a él y, además, ve los permisos respecto a lo que otra persona haga o deje de hacer (por ejemplo, si el otro hace chantaje emocional), pero no respecto a lo que él sienta o decida. Defiende que no le importa lo que piensen o sientan los demás si a él no le encaja, pero no habla de cómo se siente él con eso.

Igualmente, otra de las variables que ha podido afectar a la no consecución de todos los objetivos, es que su relación de pareja finalizara durante el tratamiento y, por supuesto, el hacer de la terapeuta, limitaciones que se señalarán más adelante.

De todos modos, se considera que la elección de la intervención y de las técnicas empleadas para el logro de los objetivos y el avance en el proceso terapéutico de Paco ha sido adecuada, combinando técnicas más cognitivas como el debate de los mitos o ideas irracionales, con otras más de corte humanista (reflejo y validación de sus emociones o trabajo con el Focusing y Mindfulness) y otras basadas en la Terapia Sexual (como la focalización sensorial o las tareas de masturbación). Este cóctel ha permitido alcanzar parte de los objetivos y que Paco se sintiera más cómodo hablando sobre los sexos (para lo que también ha sido fundamental la perspectiva de la Sexología Sustantiva) y todo lo que ello implica tanto a nivel emocional, como social, físico, psicológico, etc. Igualmente, este abordaje ha favorecido que se diera más permisos a sí mismo en este área (otro componente que ya se señaló en la literatura como forma clave de conseguir el bienestar de los pacientes) y se le activara la curiosidad de explorar consigo mismo, así como de ampliar las actividades en el sexo no siendo lo principal la erección o la penetración. El hecho de combinar técnicas más sexuales y cognitivas, con otras de contacto más corporal y emocional, se pensó más adecuado para Paco debido a su falta de introspección a ese nivel más interno y emocional.

Por todo lo expuesto, la autora del trabajo considera que el caso ha podido servir como ejemplo ilustrativo de la aplicación de una terapia más integradora con base humanista, a un problema del ámbito sexual; algo a lo que no estamos tan acostumbrados a ver pues, como se reflejaba en la literatura, las intervenciones mayoritarias son de corte cognitivo-conductual o solo desde la Terapia Sexual (Banbury et al., 2021; Labrador y Crespo, 2001; Popovic, 2005 y Zavala y Herrera, 2009). Además, creemos que este caso

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

puede resultar de interés clínico por ser un ejemplo de cómo, al igual que defendían autores como Amezúa (2000 y 2001) o García (2015), el área sexual es algo que nos define y nos atraviesa, porque somos seres sexuados y nos relacionamos como tales. Asimismo, es interesante la vivencia contraria que también se ilustra en el caso: el que el área sexual de las personas se puede ver afectada por su día a día y por su autoexigencia, de tal manera que se disminuye nuestra capacidad de excitarnos y también nuestras ganas de tener encuentros eróticos.

Al final, en este caso vemos que las intervenciones a nivel sexual muchas veces derivan en intervenciones sobre otras áreas vitales del paciente que pueden ser realmente la base de su preocupación (como la autoexigencia con la que actualmente se está trabajando) resultando por ello fundamental y necesario, adaptar las intervenciones, como se ha hecho en este caso, a esas circunstancias de la vida y no obcecarnos en tratar únicamente los objetivos primeramente establecidos. Para ello, creemos que la perspectiva integradora permite tener a disposición de los y las terapeutas mayor cantidad de herramientas con las que poder ayudar al paciente (destacando la autora el trabajo emocional), como también se ejemplifica en el caso expuesto.

Por otro lado, el estudio puede aportar pequeñas soluciones al problema de que los tratamientos validados o que se sugieren para tratar las dificultades comunes, sean exclusivamente, aunque por otro lado completamente comprensible, incluyendo a la pareja (Labrador y Crespo, 2001). ¿Qué ocurre cuando la persona acude por problemas en su amatoria en relación, pero no tiene pareja en ese momento? ¿Cómo se aborda si los ejercicios en su mayoría son para el encuentro? Por eso, la perspectiva humanista integradora aquí expuesta, centrándose en las emociones y el malestar de la persona que da origen a la dificultad en la amatoria, supone un aporte para el abordaje de estas problemáticas de forma individual (aunque, por supuesto, con miras a que se aplique lo conseguido, en el ámbito de la pareja erótica).

En conclusión, podría decirse que el objetivo del estudio queda alcanzando en gran medida, consiguiendo también ejemplificar la eficacia de los factores comunes de la terapia y no tanto el tipo concreto de intervención (Almås, 2015 y Berner y Günzler, 2012), y habiéndose ilustrado de forma detallada las intervenciones realizadas de tal modo que facilite su replicabilidad en un futuro.

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Respecto a las limitaciones y debilidades del estudio, es importante destacar la ausencia de una medición más sistematizada de la problemática que traía el paciente, incluyendo una medida pre-post que habría sido interesante tener, a fin de comprobar su evolución o la gravedad o características de la misma. Igualmente, tal vez habría sido interesante aportar medidas de ese nivel de autoexigencia o de perfeccionismo con el objetivo de ayudar al paciente a ser más consciente de ello, dado que funciona mucho mejor desde lo más cognitivo. Todo ello puede ser interesante obtenerlo en futuros estudios de caso.

Por otro lado, no se ha conseguido que conecte con sus emociones con la intensidad que se considera sanadora (Gendlin, 1988; y Greenberg y Goldman, (Eds.), 2019) para lo que se opina que se debería haber hecho quizás un trabajo más corporal, o más psicodramático. Del mismo modo, habría sido interesante incluir un trabajo con sillas (Greenberg y Goldman, (Eds.), 2019) en el que, por ejemplo, dialogaran Paco y su erección o su “no erección”, como medio para explorar y descubrir qué otros factores y emociones podían estar debajo; o un diálogo con su crítico.

Finalmente, otra de las limitaciones ha podido ser el formato online, que si bien está comenzando a demostrar su eficacia (Marcías y Valero, 2018), quizás habría sido más conveniente con Paco el formato presencial, por exigir más presencia y más contacto corporal pudiendo haberle ayudado a contactar más consigo mismo y con el proceso. Además, se ha comprobado en algunos meta-análisis, que la combinación entre terapia online y presencial, facilita la adherencia al tratamiento y ayudan a la eficacia de la terapia (Marcías y Valero, 2018).

Referencias

- Almås, E. (2015): Psychological treatment of sexual problems. Thematic analysis of guidelines and recommendations, based on a systematic literature review 2001–2010. *Sexual and Relationship Therapy*, 31(1), 54-69. <http://doi.org/10.1080/14681994.2015.1086739>
- Amezúa, E. (2000). El ars amandi de los sexos: la letra pequeña de la terapia sexual. *Revista Española de Sexología*, 99-100.
- Amezúa, E. (2001). Educación de los sexos: la letra pequeña de la educación sexual. *Revista española de sexología*, 107, 108.

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

- Banbury, S., Lusher, J., Snuggs, S. Chandler, C. (2021). Mindfulness-based therapies for men and women with sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Sexual and Relationship Therapy*, 1-22. <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1883578>
- Basson, R. (2001) Human Sex-Response Cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(1), 33-43. <https://doi.org/10.1080/00926230152035831>
- Berner, M. y Günzler, C. (2012). Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions—a systematic review of controlled clinical trials. *The journal of sexual medicine*, 9(12), 3089-3107. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02970.x>
- Botella, L. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, (101), 21-33.
- Botella, S., Botella, L., Gómez, A.M., Herrero, O. y Patxeco, M. (2011). Características psicométricas de la versión española del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Anales de psicología*, 27(2), 298-301.
- Ciliberti, A.H., (2018). Ansiedad y sexualidad: desde la preocupación a la resolución. En J. Faccendini, P. Martino, M. Sironi y M. Terrádez (Ed). *Caleidoscopio: Prácticas y clínicas Psi en la universidad* (1ª ed., pp. 41-52). UNR Editora. Editorial de la Universidad Nacional de Rosario. (NO VIENE EDITORES, VIENE COMPILADORES)
- Coutinho, P. J. R., Fernandes, C. S. C. E., Facio, F. N. Jr., & Miyazaki, M. C. O. S. (2020). Characterization and psychological aspects of patients with erectile dysfunction. *Psicologia: Teoria e Prática*, 22(3), 339–355. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v22n3p339-355>
- Dashiel, R.S. (1978). The parent resolution process: reprogramming psychic incorporations in the Parent, *TAJ*, 8(4), 289-294
- Del Casale, F. (1988). Permisos y mandatos. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 19, 657-660
- Fernández-Rouco, N., Fernández-Fuertes, A. A., Martínez-Álvarez, J. L., Carcedo, R. J. y Orgaz, B. (2019). What do Spanish adolescents know (or not know) about

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

- sexuality? An exploratory study. *Journal of Youth Studies*, 22(9), 1238-1254.
<https://doi.org/10.1080/13676261.2019.1571176>
- Gendlin, E. (1988). *Focusing. Proceso y técnica del enfoque corporal*. Mensajero.
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (Eds.). (2019). *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. American Psychological Association.
- Heiman, J.R. (2002): Sexual dysfunction: Overview of prevalence, etiological factors, and treatments. *Journal of Sex Research*, 39(1), 73-78.
<http://doi.org/10.1080/00224490209552124>
- Idareta-Goldaracena, F. (2013). Ética y alianza terapéutica en Trabajo Social. *Portularia*, 13(2), 1-13. <http://dx.doi.org/10.5218/prts.2013.0013>
- Jursch, G. (2010). Bloqueos y liberación. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, (62), 102-116
- Labrador, F. J. y Crespo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*, 13(3), 428-441. Recuperado a partir de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7896>
- La Calle, M.P. (2000). Acerca del deseo sexual. Reflexiones preliminares para un modelo conceptual integrado. *Anuario de Sexología*, (6), 15-40. (referencia anuario 2000 la parte del deseo)
- Landaarroitajauregui, J.R. (2000). Términos, conceptos y reflexiones para una comprensión sexológica de la transexualidad. *Anuario de Sexología*, (6), 79-126 (una de las referencias del anuario 2000)
- Lehrman, N. (1982). *Las técnicas sexuales de Masters y Johnson*. Gedisa.
- Levin, R. J. (2008). Critically revisiting aspects of the human sexual response cycle of Masters and Johnson: Correcting errors and suggesting modifications. *Sexual and Relationship Therapy*, 23(4), 393-399.
<https://doi.org/10.1080/14681990802488816>
- Mañas, A. G. (2015). *Cómo trabajar en sexología con jóvenes y adolescentes*. Síntesis. (referencia libro Ana, pero comprobar)

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

- Marcías, M. J. J. y Valero, G. L. (2018). La psicoterapia on-line ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*, 36(1-2), 107-113.
- Marcinechová, D. y Záhorecová, L. (2020). Sexual satisfaction, sexual attitudes, and shame in relation to religiosity. *Sexuality & Culture*, 24(6), 1913-1928. <https://doi.org/10.1007/s12119-020-09727-3>
- Martorell, J. L., & Martorell, J. L. (2011). *El guión de vida*. Editorial Desclée de Brouwer.
- McCabe, M., Althof, S. E., Assalian, P., Chevret-Measson, M., Leiblum, S. R., Simonelli, C. y Wylie, K. (2010). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *Journal of sexual medicine*, 7, 327-336. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01618.x>
- Peixoto, M. M. y Nobre, P. (2014). Dysfunctional sexual beliefs: a comparative study of heterosexual men and women, gay men, and lesbian women with and without sexual problems. *The journal of sexual medicine*, 11(11), 2690-2700. <https://doi.org/10.1111/jsm.12666>
- Popovic, M. (2005). Psychosexual treatment of erectile dysfunction in a man who had reluctance to couple therapy: a case report. *Revista de Terapia Sexual y de Pareja*, (23), 23-43.
- Quilliam, S. (2005). Sexual Myths. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 31(2), 158-159.
- Rossetti, M. L., & Botella, L. (2017). Alianza terapéutica: evolución y relación con el apego en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1), 19-30. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281950399003>
- Sáez, S.S. (2004). Reflexiones y propuestas de modificación acerca del hecho sexual humano. *Anuario de Sexología*, (8), 57-67. (referencia anuario 2004)
- Sánchez, B. C., Corres, A. N. P., Carreño, M. J. y Henales, A. C. (2010). Perfiles de los indicadores relacionados con las disfunciones sexuales masculinas: trastorno de la erección, trastorno del orgasmo y eyaculación precoz. *Salud mental*, 33(3), 237-242.
- Santos-Iglesias, P. y Sierra, J. C. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health*

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Psychology, 10(3),553-577. Disponible en
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33714079010>

Savoini, S. (2018). Sexología y terapias sexuales. En J. Faccendini, P. Martino, M. Sironi y M. Terrádez (Ed). *Caleidoscopio: Prácticas y clínicas Psi en la universidad* (1ª ed., pp. 119-129). UNR Editora. Editorial de la Universidad Nacional de Rosario.

Tudor, K. (2016). Permission, protection, and potency: The three Ps reconsidered. *Transactional Analysis Journal*, 46(1), 50-62.
<https://doi.org/10.1177/0362153715617475>

Zavala, E. A. y Herrera, A. A. (2009). Terapia sexual y normalización: significados del malestar sexual en mujeres y hombres diagnosticados con disfunción sexual. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 591-615.

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Anexos

ANEXO 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio: Estudio de caso sobre el abordaje de problemas de erección y creencias sobre la sexualidad desde una perspectiva humanista/integradora.

Descripción del estudio El objetivo del estudio es ofrecer un ejemplo ilustrado sobre el abordaje de problemas de erección y creencias sexuales desadaptativas desde una perspectiva humanista/integradora. El trabajo consistirá en una evaluación de la problemática y de las variables que pueden estar implicadas en la misma; y una intervención con técnicas humanistas y de otras corrientes (explorando la sexualidad, las creencias sobre ésta, las emociones que despierta, etc.). La recogida de información durante la evaluación se realizará a través de entrevista y autorregistros. En la elaboración del estudio se salvaguardará la identidad de la persona mediante el consentimiento informado, la confidencialidad y la eliminación tanto del nombre como de elementos identificativos de la persona. Solo podrán acceder a estos datos la estudiante que está realizando el TFM, la directora del mismo y el responsable del STIC encargado de la seguridad y el tratamiento de estos datos. Se trata de un trabajo con únicamente fines científicos y académicos.

Datos del participante/paciente: Yo [REDACTED] (nombre y apellidos)

Declaro que:

- He recibido suficiente información sobre el estudio (objetivos, aspectos científicos relevantes, procedimientos de seguridad que se van a adoptar para el manejo de datos, incluyendo las personas que tendrán acceso).
- Se me ha entregado una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado.
- He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
- Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad y anonimato de mis datos y que únicamente se utilizarán para los fines de esta investigación.
- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento, por cualquier razón y sin que tenga ningún tipo de penalización, discriminación o efecto sobre mi tratamiento psicológico futuro.

DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto y firmo por duplicado, quedándome con una copia.

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Firma del participante:



Nombre:



Fecha:

21 enero / 2022

Firma del investigador:

Nombre:

Fecha:

Cláusula de protección de datos

En todo el proceso de recogida de datos se garantiza el anonimato de los participantes y la voluntariedad de la participación. El control de cada participante sobre sus datos personales se garantizará ateniéndose a los derechos contemplados en el Reglamento (UE) 2016/679 y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. La información obtenida no podrá asociarse a persona física identificada o identificable de conformidad con lo dispuesto en el citado Reglamento.

ANEXO 2

Objetivos terapéuticos con sus estrategias empleadas

Objetivos terapéuticos	Estrategias empleadas
Disminuir la respuesta de ansiedad ante las relaciones sexuales.	<p>Ejercicio de focalización sensorial (todas sus fases).</p> <p>Aumento del control en la excitación y en la erección (ejercicio de pérdida y recuperación de erección durante masturbación).</p> <p>Ejercicios de Mindfulness durante masturbación.</p> <p>Trabajo con los permisos y obligaciones y sus derechos asertivos.</p> <p>Lenguaje y comunicación natural respecto al sexo.</p> <p>Psicoeducación de la Respuesta Sexual Humana y del efecto de la ansiedad en la excitación (metáfora del programa de ordenador saturado que no funciona bien).</p>
Recupera la confianza en sí mismo, el control sobre la erección y el disfrute de su erótica.	<p>Exploración y trabajo con autoestima y autoconcepto (general y asociado al sexo).</p> <p>Reforzando pequeños logros que vaya consiguiendo durante la terapia y fuera de ella.</p>

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

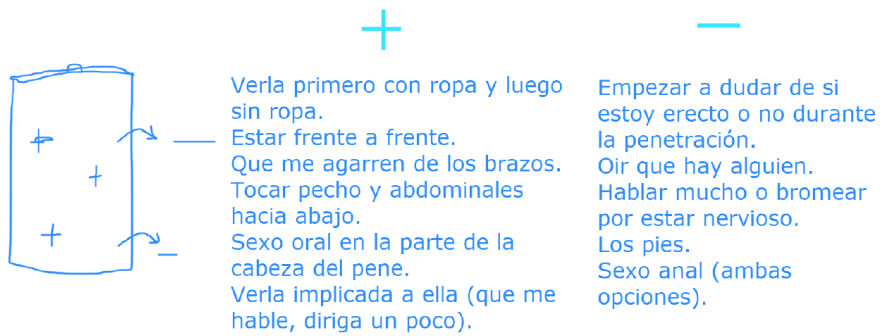
	<p>Validación por parte de la terapeuta de aspectos que reflejen ser un “buen amante”</p> <p>Ejercicios de pérdida y recuperación de erección durante masturbación + visualización (Mindfulness) durante el mismo (a fin de controlar y sentir su excitación).</p>
<p>Identificar y eliminar los pensamientos catastróficos anticipatorios ante un posible encuentro sexual, así como desmontar mitos y creencias sobre la sexualidad consiguiendo una idea más adaptativa de la misma que le permita disfrutar su erótica.</p>	<p>Debate sobre listado de mitos sexuales más comunes (+ los que él aporte).</p> <p>Exploración de encuentros sexuales pasados y presentes buscando diferencias, similitudes, emociones y pensamientos que le asaltan.</p> <p>Lenguaje y comunicación natural respecto al sexo.</p> <p>Psicoeducación de la Respuesta Sexual Humana y del efecto de la ansiedad en la excitación (metáfora del programa de ordenador saturado que no funciona bien).</p>
<p>Identificar, explorar y manejar las emociones que experimenta ante la sexualidad compartida.</p>	<p>Ejercicios de Focusing.</p> <p>Reflejos y validaciones empáticas sobre las emociones expresadas.</p> <p>Psicoeducación en las emociones.</p>
<p>Reducir la autoexigencia que se impone en los encuentros eróticos.</p>	<p>Trabajo con permisos que se pueda dar a sí mismo.</p> <p>Trabajo con sus necesidades.</p>
<p>Fomentar la autoexploración y el autoconocimiento de su cuerpo y de lo que le excita.</p>	<p>Trabajo con metáfora de la pila (fichas positivas y fichas negativas)</p> <p>Psicoeducación fantasía vs. Realidad</p> <p>Lenguaje y comunicación natural respecto al sexo.</p>
<p>Fomentar la comunicación sana en la pareja durante las relaciones sexuales.</p>	<p>Psicoeducación sobre la comunicación y asertividad sexual en las parejas y encuentros eróticos.</p> <p>Psicoeducación en mensajes Yo y en su derecho a decir que no.</p> <p>Lenguaje y comunicación natural respecto al sexo.</p>

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

ANEXO 3



ANEXO 4



ANEXO 5

**OBLIGACIONES**

Tener una erección, penetrar, eyacular

Ir depilado

Decir que sí a mi pareja, aunque no me apetezca.

Estar en un sitio adecuado, íntimo

Que la otra persona disfrute el mismo tiempo que yo

La otra persona esté lo más cómoda posible que si no me siento mal (cambiar)

Ser eficaz

Meterme prisa para entrar en el asunto

Realizar los pasos concretos (le quito la ropa, me quito la ropa, empezar a tocarnos...)

Tener condones a mano

Notar que le gusto a la chica, no pensar que lo está haciendo forzada. (cambiar)

Tener un período de cortesía y no irme a casa directamente. (cambiar)

Esperar a recibir una señal de la otra parte para empezar.

Forzarme a responder al móvil a mis amigos, aunque no me apetezca.

Llegar puntual a una cita.

Intentar por todos los medios hacer lo que me pide mi madre.

Crear un círculo sano y hacer sentir bien a los demás. (cambiar)

Ser constante y comprometerse con los entrenamientos, el nivel exigido y las indicaciones dadas.

**PERMISOS**

PROBLEMAS DE ERECCIÓN INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Ir a todas las clases de la universidad.

Ser yo el compañero de clase que se necesita para enterarse del tema.

Autobligación de organizarme mis recursos y mi tiempo.

ANEXO 6

A continuación se muestran una serie de ítems con los que se miden la relación que ha establecido con su terapeuta. Por favor, puntúe de la forma más sincera posible pues es una forma importante de ayudar al proceso terapéutico. Las puntuaciones van de 1= nada de acuerdo a 7= totalmente de acuerdo.

1. Nada de acuerdo / 2. Poco de acuerdo / 3. Algo de acuerdo / 4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo / 5. Moderadamente de acuerdo / 6. Bastante de acuerdo / 7. Totalmente de acuerdo

1. Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo en lo que hay que hacer para contribuir a mejorar mi situación.	1 2 3 4 5 6 7
2. Lo que hago en terapia me permite ver nuevas formas de considerar mi problema.	1 2 3 4 5 6 7
3. Caigo bien a mi terapeuta.	1 2 3 4 5 6 7
4. Mi terapeuta y yo tenemos ideas diferentes sobre lo que intento conseguir en la terapia.	1 2 3 4 5 6 7
5. Confío en la capacidad de mi terapeuta para ayudarme.	1 2 3 4 5 6 7
6. Mi terapeuta y yo estamos trabajando con metas que hemos acordado ambos.	1 2 3 4 5 6 7
7. Siento que mi terapeuta me aprecia.	1 2 3 4 5 6 7
8. Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo en cuáles son las cosas importantes en que debería trabajar en la terapia.	1 2 3 4 5 6 7
9. Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro.	1 2 3 4 5 6 7
10. Mi terapeuta y yo tenemos ideas diferentes respecto a cuáles son mis problemas.	1 2 3 4 5 6 7
11. Mi terapeuta y yo hemos llegado a una buena comprensión del tipo de cambios que serían buenos para mí.	1 2 3 4 5 6 7
12. Creo que la forma en que estamos trabajando con mi problema es la correcta.	1 2 3 4 5 6 7