

DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN UN CONTEXTO DE PAREJA

Albert Vidal Raventós
albertvidal@copc.cat

In the present article, we introduce a case study of sexual therapy that takes place within a couples' context. At the beginning of the process, the couple presents erectile dysfunction which started just over one year before. Throughout the sessions, the symptoms significantly improve as a structural crisis, based on a crossed imbalance between symmetry and complementarities, surfaces in the couple.

Keywords: psychotherapy, couple therapy, sexual therapy, moral development erectile dysfunction, impotence

Introducción

El caso que exponemos a continuación se refiere a una pareja joven, que acude a consulta por un problema de disfunción eréctil de poco más de un año de duración. En el momento de escribir el presente artículo, la terapia sigue en curso, habiéndose realizado siete sesiones en total, de una hora y media de duración, espaciadas tres semanas o un mes entre sí. En ese período se observa una evolución positiva del síntoma sexual, con remisión prácticamente completa. Sin embargo, paralelamente, aflora un conflicto de pareja complejo, que es explorado a lo largo de las sesiones y será expuesto en este artículo.

El caso ha sido supervisado en dos ocasiones en el grupo de Manuel Villegas, después de la segunda y de la séptima sesión. Hemos querido reflejar de forma diferenciada estas dos supervisiones. La primera, con tan solo dos sesiones de terapia, se centró en la obtención de más datos, estableciendo un listado de señalamientos e hipótesis con finalidad exploratoria. La segunda supervisión, en cambio, se orientó principalmente a analizar la información obtenida, a estructurarla e interpretarla.

De este modo, este artículo está dividido en tres partes. Empezamos con una síntesis de las dos primeras sesiones de terapia, donde se contextualiza el caso, se describe la demanda, y se exponen datos demográficos y del problema. La segunda parte del artículo corresponde a una síntesis de la primera supervisión, que

presentamos en forma de listado de señalamientos e hipótesis. Finalmente, en la tercera parte proseguimos con el relato de las posteriores cinco sesiones terapéuticas, estructuradas con el apoyo de la segunda supervisión.

Contextualización del caso y la demanda. Las primeras dos sesiones

Mireia y Raúl son pareja desde hace diez años, y llevan ocho años viviendo juntos. Ella tiene 37 años y él 35. Acuden a consulta por un problema de disfunción eréctil, que se inició hace un año y se desarrolló progresivamente durante el transcurso del mismo. Actualmente, Raúl es capaz de mantener la erección durante el acto sexual una de cada diez veces, aproximadamente. *“Por fin”*, se dice a sí mismo, cuando lo consigue. En cambio, cuando la erección no se produce, o no es suficiente para lograr o mantener la penetración, queda *“hecho polvo”*. Mireia dice mantener una actitud comprensiva cuando eso ocurre, pero él no quiere hablar del tema, asegura. *“Cuando tiene un problema se lo guarda, se cierra. Por fin he conseguido traerlo a terapia”*.

Ha realizado una exploración médica, por parte del urólogo, descartando causas orgánicas significativas. Sí que le han detectado niveles de colesterol por encima de la normalidad, y un cierto sobrepeso, que trata de corregir con dieta. En todo caso, ninguno de estos factores explicaría el problema de la erección. Técnicamente, pues, nos encontraríamos delante de un caso de disfunción eréctil secundaria, parcial/total y situacional (Cabello, 2010).

Hablamos de deseo sexual, donde se observan posiciones contrapuestas. Raúl se autodefine como una persona con poco apetito sexual, *“para mí lo haría cada quince o veinte días”*, afirma. Mireia interviene indignada: *“lo que más me angustia es que él no tenga ganas... no me siento deseada, antes no era así”*, haciendo referencia al primer año y medio o dos años de la relación, cuando aún no vivían juntos. En el momento que compartieron la vida cotidiana, explican, el deseo –de Raúl– decreció progresivamente. Mireia dice sentirse desgastada, *“me he cansado de buscarlo”*. Cuenta que él la esquivaba, sin querer hablar del problema, haciéndose el dormido, etc... En algunas ocasiones se enfadaban. *“Ahora que él siente angustia es cuando se ha decidido a venir, yo ese problema ya hace ocho años que lo sufro”*, afirma Mireia. *“Si él no ha hecho nada hasta ahora es porque confía en que no le haré el salto...”*. Raúl asiente, para informar que en parte está de acuerdo con lo dicho por Mireia.

Aquí nos planteamos la posibilidad que Raúl experimente deseo sexual hipoactivo, hipótesis que dejamos abierta para más adelante, pues de momento parece no vincularse cronológicamente con el problema de disfunción eréctil, ya que es previo en el tiempo.

Cuando se les pregunta por las diferentes áreas de la pareja, a parte de la sexual, aseguran que forman una pareja ideal. En relación a la convivencia diaria, la gestión económica, los momentos de ocio, la amistad y complicidad mutuas, las familias de

origen, los amigos compartidos... A ese párrafo cabe prestarle atención, pues entrará en contradicción con la información que se nos va revelando a medida que avanzan las sesiones.

Se explora la línea de vida de la pareja, y aparece un evento relevante. Hace cuatro años, Mireia interrumpe su primer embarazo por un aborto espontáneo. A resultas de ese suceso inesperado, se le detecta un cáncer de útero, que supera después de una intervención quirúrgica y posterior tratamiento. Las consecuencias inmediatas son la pérdida de la fertilidad, y el desarrollo de un trastorno de ansiedad que es tratado con una terapia psicológica de un año de duración y medicación con ansiolíticos. Actualmente aún se medica, pero de forma muy puntual. *“Fue muy duro”, afirman los dos, “pero nos ha unido más que separado”. Hablamos de la terapia; “Carpe Diem”, sintetiza Mireia, “aprendí que la vida se tenía que aprovechar, disfrutar los momentos, el día a día, y no planificar tanto...”*

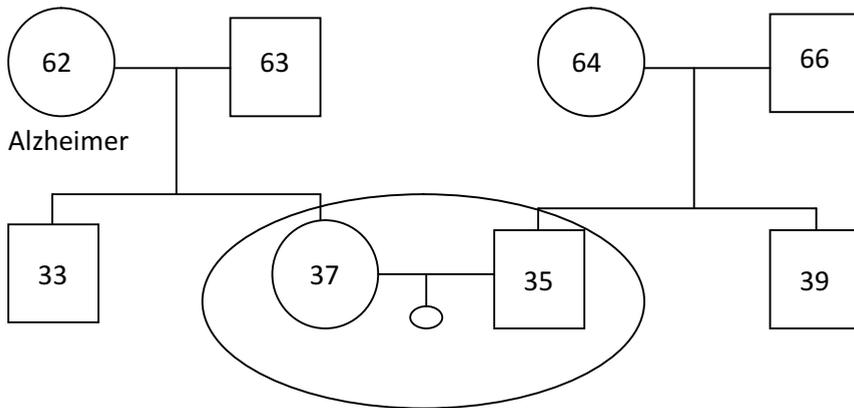
Mireia confiesa que habría querido quedarse embarazada ya antes. *“Él quiso planificar, esperar dos años, y mira... yo ya lo quería entonces. Si no hubiésemos esperado...”* Mireia piensa que fue una mala decisión. Ahora han encontrado la solución de un vientre de alquiler, están en trámites.

“Sí, tengo tendencia a planificar, soy muy organizado”, afirma Raúl. De profesión es músico y técnico de sonido. Trabaja como autónomo, “voy por libre”, precisa. Es ordenado, exigente y sufridor. A menudo trabaja desde casa, haciendo llamadas y organizando la agenda. Reconoce que le cuesta desconectar del trabajo: “me encanta mi trabajo, me siento libre, no sé, siento que tengo el control, que nadie me manda. No me gusta que me ordenen”. Para Raúl, la libertad es un constructo central, con el que conecta muy a menudo, incluso en el vestir: lleva ropa deportiva, amplia y cómoda, sin preocuparse por lo que dirán, excepto en las actuaciones, donde mira de arreglarse lo mínimo imprescindible. Para Mireia, en cambio, la presencia es importante, le gusta ir bien vestida. En ese sentido, se queja que él sea tan reticente a ponerse ropa elegante, no van nunca en sintonía. De hecho, en la consulta se puede apreciar la discrepancia que comenta Mireia.

“Estás obsesionado por el trabajo”, dice Mireia a Raúl. Ella le reclama que desconecte más de las obligaciones laborales, que le preste más atención, que le pregunte como está, “que sea un poco más cariñoso, que esté un poco más sobre de mí. Me costó adaptarme a su demanda de libertad”. Raúl replica *“Es que yo veo que ella siempre quiere más, nunca es suficiente”.* Mireia lo niega *“¡Esto no es cierto!”*.

En el genograma podemos observar la situación familiar de Raúl y Mireia. A destacar la enfermedad de la madre de Mireia, con un diagnóstico de Alzheimer desde hace cuatro o cinco años. Actualmente presenta un deterioro cognitivo avanzado, aunque vive en casa. El padre de Mireia se jubiló prematuramente para poder asistirla.

Genograma:



Hasta aquí una síntesis de las primeras dos sesiones. Se prescribe una primera tarea, fácil y sencilla, para que puedan actuar ya sobre el síntoma. Se trata, por un lado, de prohibir temporalmente el coito, con el objetivo de reducir de forma inmediata la ansiedad y la demanda de ejecución (Masters y Johnson, 1970). En segundo lugar, considerando que sí se produce erección, aunque muy fluctuante a medida que se acerca el coito, se procederá a practicar la “técnica fastidiosa” (Masters y Johnson, 1970), consistente en estimular el pene de forma intermitente, provocando subidas y bajadas de forma intencional. Esta técnica es efectiva para habituarse a las fluctuaciones de la tumefacción, y permite recuperar confianza en la propia capacidad de remontar una bajada eventual de la erección.

Primera supervisión clínica:

La primera supervisión se produce pasadas las dos primeras sesiones de terapia. El camino recorrido es aún escaso, por lo que la supervisión coge un matiz flexible, con propuestas necesariamente abiertas, que deberán ser exploradas en posteriores sesiones de terapia.

Comentar, también, que no todos los puntos recogidos durante la supervisión han sido explorados aún en terapia, aunque siguen ahí, en función de la evolución del proceso terapéutico.

1. Has comentado que hace cuatro años Mireia fue operada de un cáncer de útero, donde perdió el embarazo y le incapacitó para quedar otra vez encinta. Tuvo después un período de recuperación física y psicológica. Por otro lado, afirmas que Raúl tiene un problema de erección desde hace un año o año y medio. Entonces, ¿sabemos qué pasó y cuanto tiempo transcurrió entre la recuperación postoperatoria y el inicio de la disfunción eréctil?

2. Se observa la creencia de Raúl: “Ella nunca tiene suficiente”. ¿A qué ámbitos aplica la creencia?
3. En los encuentros sexuales, Mireia presenta una actitud demandante, mientras que Raúl mantiene la actitud contraria. Parece observarse una dinámica perseguidora-fugitivo.
4. La demanda de Mireia ¿es una demanda de deseo –sentirse deseada– o de satisfacción sexual? Son conceptos diferentes, que probablemente los estemos tratando como una misma entidad. ¿Qué es lo que ella desea? Y Raúl ¿cómo responde a esa demanda?
5. Hablemos del síntoma. Raúl se siente frustrado cuando no puede mantener la erección. Pero, ¿qué le frustra, exactamente? ¿Qué pasa cuando no puede conseguir la erección? ¿Cómo reacciona Mireia?
6. Ese último punto nos lleva a indagar en una de las afirmaciones de Mireia: *“Ahora que él tiene angustia, es cuando se ha decidido a venir. Yo este problema ya hace ocho años que lo sufro”*. Para Mireia, parece que la angustia de Raúl sea de naturaleza egocentrada, como si él no tuviese en cuenta su deseo.
7. La anterior afirmación de Mireia lleva a pensar que la dinámica perseguidora-fugitivo es anterior al síntoma de disfunción eréctil. Por lo tanto, si bien podría condicionar –poniendo presión sobre Raúl– no explicaría por sí solo por qué aparece hace tan solo un año o año y medio. ¿Qué ha cambiado desde entonces?
8. El tema del vientre de alquiler parece una solución efectiva para resolver la incapacidad para engendrar hijos. Ahora bien, surge la siguiente cuestión: ¿será hijo biológico de los dos, o sólo de Raúl? Como lo viven internamente? ¿Cuándo y cómo tomaron esa decisión?

De la tercera a la séptima sesión.

Estructuramos las siguientes sesiones a partir de los siguientes ejes, que van desarrollándose de forma simultánea a lo largo de la terapia. Empezamos por el eje propiamente sexual.

- **Disfunción eréctil, resolución.**

A medida que avanzan las sesiones, el problema de disfunción eréctil empieza a resolverse. En un primer momento, durante las sesiones tercera y cuarta, se recomienda a los pacientes que durante las relaciones sexuales no lleguen a realizar la penetración. Esta consigna da a Raúl un respiro, se siente menos presionado por la demanda de ejecución.

En la tercera sesión, Raúl y Mireia comentan que han tenido tres relaciones sexuales, *“dos han salido bien y una mal”*, aclara Raúl. Por “bien” se refiere a la presencia de erección sostenida hasta el orgasmo, aunque no han realizado el coito,

siguiendo parcialmente la consigna que se les propuso. Han hablado sobre ello entre sí, y atribuyen los dos éxitos al hecho de no haberlo planificado. “*El día que falló fue por mi culpa*” afirma Raúl, “*porque lo quise programar*”.

Pero, ¿qué a qué se refieren con programar o no programar? En general, la iniciativa para iniciar la relación sexual parte de Mireia; Raúl a veces accede, a veces no. Lo más habitual es que no. A menudo, después que Raúl manifieste que no tiene deseo, hace él mismo la propuesta de posponer la relación sexual uno o dos días; es entonces cuando hablamos de acto programado. Observamos, aquí, que no se trata de una programación propositiva, sino reactiva, que busca diferir una demanda externa a él.

¿Qué más implica que sea programado? Que Raúl se compromete, el día y hora pactado, a buscar a Mireia, por lo tanto, a iniciar la relación sexual. “*De algún modo también me responsabilizo que vaya bien...*”, añade Raúl. Aquí aparece por primera vez un término que va a ser clave para avanzar en la comprensión del problema: la responsabilidad. Una vez iniciado el acto sexual, el protagonismo es normalmente compartido: “*ninguno de los dos manda*”, sonríe Mireia.

Cuando Raúl lo programa, ¿cómo lo vive? “*Pues a veces he estado todo el día pensando en ello, pensando que mañana toca. Y eso me pone... no sé, tenso.*” Observamos que, en programar, la relación sexual adopta un signo normativo, algo que toca hacer, un deber. En términos de Desarrollo Moral (Villegas, 2011), se ubica en el nivel de regulación moral heteronómico. Lejos del ámbito anómico, pues, donde se expresa propiamente el deseo y el juego, por lo tanto, como ya comentamos en una anterior ocasión (Anton Chacón, L. et al., 2011), el nivel óptimo para regularse durante una relación sexual satisfactoria.

En el contexto del matrimonio, dice el supervisor, hay un concepto muy antiguo que es el débito, de naturaleza netamente heteronómica. Significa el deber de avenirse a las relaciones sexuales en una relación formalizada. Tanto de él como de ella, aunque su razón de ser vaya más dirigido a la mujer, para evitar su negativa a cumplir con el contrato matrimonial en cuestiones sexuales. En la misma Biblia (Corintios 7, versículos 3, 4 y 5) se habla detalladamente de ese contrato conyugal:

“El marido devuelva el débito a su mujer, y lo mismo la mujer al marido. La mujer no tiene potestad sobre su cuerpo, sino el marido; del mismo modo tampoco el marido tiene potestad sobre su propio cuerpo, sino la mujer.”

Deber y derechos mutuos, pues, que regulan heteronómicamente aspectos que hoy en día consideraríamos más propios del ámbito anómico: deseo, juego, placer.

Afortunadamente, en la actualidad la terminología y los conceptos relativos al débito conyugal han sido apartados del Derecho civil, así como de la misma teología moral y pastoral. Aunque perduran todavía en ciertos ámbitos del Derecho canónico, y sobre todo, permanecen aún en el trasfondo cultural de nuestra sociedad. Como cuando Mireia se considera con derecho sexual, y traslada a Raúl el deber

correspondiente, que de algún modo acepta, no sin contradicciones ni resistencia.

“No es normal que una pareja joven haga el amor cada tres o cuatro semanas, ¿verdad?”. Pregunta Mireia, buscando la complicidad médica del terapeuta. Momento en el que nosotros mismos entramos en un dilema, pues somos incapaces de trazar aquí una línea científica de lo que es patológico o no en cuestiones de deseo sexual. ¿Padece Raúl de deseo sexual hipoactivo? ¿Hasta qué punto debemos orientar la terapia a incrementar su deseo sexual?

Hecha esta reflexión al entorno del derecho y del deber, proseguimos en nuestra tarea de entender mejor como transcurren sus relaciones sexuales.

En aquellas ocasiones donde Mireia le propone sexo, y Raúl acepta, la relación transcurre por lo general sin dificultades de erección. Sin embargo, casi nunca lo hacen de ese modo, ya que Raúl raramente acepta.

Pero durante el período anterior a la aparición de los síntomas de disfunción eréctil también se planificaba, casi siempre. Entre la operación y la recuperación de las relaciones sexuales pasaron unos meses. Ella tomaba Cipralex para la ansiedad, por lo que según afirma le costaba más llegar al orgasmo. Aunque no le afectó el deseo *“Yo tenía ganas igualmente”*. Desde las primeras relaciones sexuales hasta los primeros síntomas de disfunción eréctil pasaron cinco o seis meses, más o menos.

“Creo que un día” dice Mireia *“por lo que fuera –cansancio...– no pudo... se le puso en la cabeza que tenía algo, y no se lo pudo quitar de la cabeza”*. Añade Raúl: *“Sí, es posible, soy una persona que me lo guardo, y después no paro de pensar en ello”*. Mireia continúa: *“...pero los días que lo cojo desprevenido y no hay una negativa, ese día puede, y entonces se pone contento –¡he podido, he podido!–. Y entonces yo le digo que no tiene nada, que es todo de cabeza... pero vuelve otra vez a planificarlo, y es cuando falla, es que lo tengo comprobado”*.

Vamos a los “fallos”. ¿Cómo transcurren? Al inicio de la relación sexual se excitan mutuamente, esta fase en principio transcurre sin problemas. Es cuando llega el momento de la penetración que la erección cae. Se le pregunta a Raúl qué le pasa por la cabeza en ese instante. Afirma que cuando se acerca el momento de la penetración, toma conciencia que la erección ha bajado un poco (señalamos que la fluctuación de la erección, durante una relación sexual, es un fenómeno habitual). Cuando eso sucede, aparece el siguiente pensamiento, de tipo ansioso: *“Ay que se me baja, ya volvemos a estar así, no podré”*, que acelera la bajada y confirma el propio pronóstico.

¿Qué pasa después de un “fallo”? Si el acto ha sido planificado, Mireia se lo echa en cara: *“ves, es que no lo teníamos que haber programado, no se puede hacer de esa manera”*. Raúl se lo toma mal, le pide que le deje en paz, que no le diga nada, que ya tiene suficiente en fallar que encima tenga que escuchar toda esta “bronca”. *“Yo sé que si no lo consigo me llevo una bronca”*, dice Raúl. Mireia se defiende: *“Si yo lo digo por él, no lo digo por mí, porque me sabe mal que le pase esto...”*. Raúl

replica: *“Pero si yo ya soy consciente... además, el tono que utilizas no es de paz... ¡es de guerra! A mí me deja anulado en ese momento, siento que no soy nadie... no tengo suficiente en sentirme culpable que después lo remarque... entonces me hundo. A mí me gustaría que ella dijera que no me preocupara y ya está”*.

Mireia afirma que, en realidad, lo que la hace enfadar no es esto... sino el hecho que siempre lo hacen cuando él quiere, sin tener en cuenta su deseo. Que él no ha hecho nunca el esfuerzo para satisfacerla: *“no es el hecho que tenga o no erección, entiendo que es un problema que tiene él, a mí esto no me hace enfadar, todo lo contrario, me sabe mal por él. No es bronca, lo que le digo es que no tenemos que programarlo, que cuando lo programamos falla. Las broncas son cuando yo tengo ganas y él nada... aquí están las broncas”*.

Raúl interviene: *“Yo a veces digo que no, otras veces le digo que otro día, y entonces es cuando programo. Es que de algún modo me siento responsable... si hoy le digo que no, mañana le tendré que decir que sí... si no se va a enfadar, pienso que tengo que ceder”*.

Señalamos, aquí, otra vez el concepto “responsabilidad”. Como afirmamos anteriormente, se observa un patrón sexual de marcada regulación heteronómica, ubicado en las esferas del deber y la responsabilidad de él, y el derecho de ella. En ese escenario, la expresión de Raúl “tengo que ceder” no puede ser más explícita, reveladora de un conflicto de poder.

En la sesión señalamos a la pareja la posible relación entre la disfunción eréctil y la presión que ejerce Mireia para iniciar relaciones sexuales. Mireia se defiende: *“Pero ¿qué tengo que hacer, yo, no decir nada? ¿Callarme? ¿Hacer como un mueble y esperar que él lo desee? ¡Yo también tengo derecho!”*. Mireia nos habla aquí de su derecho, del derecho al deseo, o para ser más exactos, de deseo con derecho a existir y ser tenido en cuenta en el marco de la relación.

Aquí, observa el supervisor, parece que se esté interpretando el deseo como una necesidad, una necesidad que se convierte a la vez en un derecho que debe satisfacerse. Vemos como entonces se lee el deseo en términos de derecho; y si uno se considera en derecho, se ubica automáticamente en una posición *up*: el otro debe satisfacer mi derecho. Con lo que se sobrepasa precisamente el derecho del otro a no tener deseo.

Nos ubicaríamos, así, en un contexto de legitimidad, de reparto de derechos y deberes, de ceder o reivindicar, de desigualdad de poder, y por lo tanto de asimetría en la relación (Villegas, y Mallor, 2010). Más adelante volvemos a ese punto, pensamos que central en el conflicto.

En la cuarta sesión, Raúl nos sorprende, visiblemente satisfecho: *“No hemos hecho los ejercicios... pero fue bien!”*. Nos cuenta que se han saltado la consigna de no penetración, y han realizado el coito sin problemas significativos. Nos cuenta que los pensamientos y los miedos sobre no poder aguantar la erección han sido presentes, pero muy aminorados. *“Sí, me han venido a la cabeza, pero no han tenido*

ningún efecto... no me preocupaban...”.

Se constatan cambios substanciales, indagamos más a fondo. Han tenido relaciones sexuales dos veces, las dos sin planificar. La demanda de sexo ha provenido una vez de Mireia y otra de Raúl: *“Una de las veces fui yo. Hacía días que yo sabía que ella quería, aunque a mí también me apetecía”*. No es habitual que Raúl sienta deseo propio, dice que a lo mejor es porque ella ya no lo presiona tanto como antes. *“Este último mes ella está más calmada conmigo, no me aprieta tanto. Creo que ella lo ha valorado, esto”*. ¿Pero es eso lo que ella desea? Preguntamos ¿Dos veces en un mes? *“No, no lo creo... no me lo dice para no presionarme, pero yo sé que a ella no le es suficiente...”*. Mireia asiente.

Mireia ha dejado de poner presión a Raúl, pero a base de inhibirse. Ha cedido. En consecuencia, el síntoma de disfunción eréctil experimenta una mejoría significativa, que se afianzará en las siguientes sesiones. A pesar de eso, y considerando la naturaleza del conflicto, vinculado a cuestiones de simetría, ese no puede ser el punto de llegada del proceso terapéutico. Ni el punto de llegada, ni tampoco el único camino a seguir. Paralelamente, contigua a la terapia estrictamente sexual, donde se trata específicamente el problema de la disfunción eréctil, se dedica tiempo y esfuerzo en ampliar el foco de conocimiento y comprensión. Más adelante desarrollamos otros ángulos del conflicto, de forma necesariamente separada pero con voluntad de establecer una visión global e integrada del proceso terapéutico.

Habiendo hecho esta puntualización, proseguimos con el ámbito sexual. Proponemos nuevos ejercicios. En esta ocasión, se trata de encontrar un encaje entre dos deseos que se manifiestan a diferente ritmo. Un punto intermedio que implique un esfuerzo mutuo, real y percibido, y a la vez ganancias también para las dos partes.

Trabajamos el concepto mismo de sexualidad. Raúl tiene un concepto de sexualidad bastante convencional, estandarizado, rígido incluso. *Hacer el amor*, para él, es una experiencia bastante pautada, con un orden secuencial y un tiempo prefijado. Mireia se queja constantemente de este hecho. Hablamos de los matices, de las variables, de las opciones. Una relación sexual no debería ser una conducta del todo a nada, sino más bien de gradiente, donde pueden pasar cosas o no, dependiendo de las circunstancias de cada momento, un encuentro abierto a la improvisación y a la creatividad, sin metas prefijadas, donde coito y orgasmo serían posibilidades en vez de certidumbres.

Partiendo de este marco, proponemos dos estrategias para afrontar el encaje sexual. En primer lugar, dar oportunidades al deseo. Teniendo en cuenta que suele haber menos problemas de disfunción eréctil si Mireia lo pide, abrir posibilidades aunque Raúl no experimente en un inicio deseo. A menudo, como señala Cabello (2010), el deseo no precede a la excitación, sino que le sigue; dar oportunidades al deseo, pues, puede ser una opción para personas con inhibición del deseo sexual. La condición necesaria para este ejercicio es ausencia de presión y condicionantes; si el deseo no aparece, se debe respetar.

En segundo lugar, se puede jugar con el grado de implicación en la relación sexual. No es tanto una cuestión de querer o no querer, sino que a veces lo que apetece es algo más breve o menos intenso, o simplemente compartir un momento de intimidad corporal sin más consecuencias. Cuestión a negociar, por lo tanto, dependiendo del deseo inicial o del grado de excitación alcanzado durante el encuentro.

En las siguientes sesiones se constata la limitación de las anteriores propuestas. “*Si veo que tu no lo deseas*”, dice Mireia, dirigiéndose a Raúl “*entonces a mi me cortas el rollo... a lo mejor sí que tendría que cambiar ese chip... Es que yo siento que él lo hace por obligación, porque él no se está excitando*”. Raúl replica “*Pero para mí no es una obligación, yo lo quiero hacer por ti*”. Mireia añade “*Pienso entonces que yo no lo deseo, que no le gusto, y entonces no me puedo concentrar*”. Mireia necesita sentirse deseada, “*sentir que él ha dedicado tiempo, que lo haya preparado, que no sea: va, te lo hago*”. En ese sentido, tomamos consciencia que no se trata simplemente de satisfacción sexual, sino que implica también una petición de deseo, de sentirse deseada. Respondemos, de ese modo, a una de las cuestiones abiertas de la primera supervisión.

Paralelamente, y a pesar de lo anterior, las relaciones sexuales en su conjunto van mejorando. “*Se ha ganado en calidad*”, afirma Mireia, “*aunque no en cantidad*”. Y añade “*Incluso lo hemos programado y ha salido bien... yo se lo dije, no lo programes que no saldrá bien... pero no, llegó hasta el final*”. ¿Y los temores?, preguntamos a Raúl. “*Sí, ahí estaban, incluso tenía miedo de cambiar de postura, pero al final salió bien... no era aquel nivel de miedo, tampoco*”. A diferencia de antes, “*estoy un poco más tranquilo, no estoy tan apretado... noto que ella está más tranquila conmigo, me deja más libre*”. “*No le estoy encima, le doy tiempo*”, admite ella.

Hasta aquí el ámbito específicamente sexual. A continuación abordamos otros aspectos de la terapia, piezas de un mismo rompecabezas de más complejidad.

- **Creencia “ella nunca tiene suficiente”**

Durante las dos primeras sesiones, apareció esa creencia de Raúl hacia Mireia. Nos proponemos trabajarla. ¿Se aplica a diferentes aspectos? “*Sí*” dice Raúl, “*para todo, no tiene suficiente en lo económico, no le basta la casa donde vivimos...*”. Mireia no está de acuerdo “*Pero eso es porque yo hago comentarios, pero no me lo creo; económicamente, pues siempre me he apañado con lo que he tenido, y nunca...*”. Discuten sobre la creencia. Dice Raúl: “*Tu concepto de vida es hacer más, tener más, y nunca estarás contenta, es lo que percibo de ti, y te lo he dicho muchas veces*”. Mireia no lo admite: “*Eso no lo puede decir de mí, porque yo no he tenido nunca lo que he querido, y he sabido conformarme y ser igualmente feliz*”. Y sigue: “*Además, ¿eso es malo? ser emprendedora, tener expectativas...*”. Raúl sigue “*Bueno, vale, pero entonces dime ¿cuáles de esas cosas dependen de ti? Porqué yo*

me las hago mías, también, esas expectativas, ¿eh?” Aportan ejemplos, episodios concretos, para defender sus respectivas posturas. Resalta el episodio de la permanencia de Mireia en Edimburgo, seis meses, para estudiar inglés: *“Si fuese por tí”* dice Raúl *“hubiesen sido seis meses más, seguro... pero no eras consciente que eso era un pastón... aunque yo te apoyé, claro, pero fue duro, ¿eh?”*.

La discusión continúa. Dice Raúl: *“Cuando ella se propone algo, yo soy el responsable de todo... cuando ella hace un paso grande, de dejar el trabajo, yo me siento responsable”*. Mireia replica: *“Pero ese es tu problema, yo no te pido que te hagas responsable... además, cuando tú te pusiste por tu cuenta, también te hubiera podido salir mal, y yo te apoyé...”*. “Ya”, admite Raúl, *“pero tú nunca cogiste las riendas, no te hiciste responsable de nuestra situación familiar. Si tú te fuiste a Edimburgo tranquila es porque yo te apoyé económicamente”*. Raúl sigue: *“Porque si yo no me hago responsable, ¿quién lo hace? ¿Tu padre?”*. Remitir a la figura paterna es descriptivo, proyecta un rol de mayor responsabilidad, portador de recursos, frente al de ella, infantilizado.

La discusión provoca enfado mutuo. Se revela otra vertiente de la crisis de pareja, ahora relacionada con la generación desigual de recursos. Raúl expresa aquí un déficit; según afirma, Mireia no aporta suficiente, o no de forma equitativa. En ese escenario, la creencia *“Ella nunca tiene suficiente”* enfatiza su queja por el déficit percibido.

“Al principio de la relación era totalmente diferente”, afirma Raúl. *“Ella era totalmente autosuficiente, muy libre..., hacía y deshacía, y yo también... y a mí eso me molaba, que cada uno se ocupase de sus cosas”*. Esta situación cambió, afirma Raúl, en el momento del cáncer. *“Sí, fue el punto de inflexión. Es cuando ella deja el trabajo que tenía, cuando decide hacer cosas que no había hecho... y, claro, todo eso cae sobre mi responsabilidad, aguantar...”*. *“Fue un momento muy duro para ella, y yo la apoyé encantado, ¡claro! ...si para ella es importante dejar el trabajo, pues yo la apoyo... está en el paro un año y medio, y mientras hace cosas, quiere ir a estudiar inglés, pues vale, venga... pero claro, para mí ha sido duro, también. Ella se marcha, pero el que me quedo soy yo”*. Más adelante Raúl añade: *“Cuando ella decía que yo no tenía por qué coger esa responsabilidad, no estoy de acuerdo, yo no cogí nada, me vino”*.

Es en este período, alrededor del viaje a Edimburgo, cuando empiezan los problemas de erección, en paralelo con el desequilibrio de responsabilidades y la aportación desigual de recursos. El vínculo entre esas dos esferas de la relación debe ser explorado.

“Cuando regresa de Edimburgo, quiere volver seis meses más, y es entonces cuando yo le pido que no lo haga, que se quede. Y lo asume. Entonces empieza a buscar trabajo. Para mí fue un punto de inflexión”. A pesar de ese cambio, los problemas de erección continúan.

Hacemos retrospectiva. La pareja parte de una situación de equilibrio, dos

personas que se relacionan desde su autonomía. En un momento dado, se produce una crisis vital, las consecuencias de la cual recaen en mayor medida sobre Mireia. A parte de la pérdida del embarazo, desarrolla una enfermedad de alto riesgo para su vida, y sufre la pérdida de la capacidad de quedarse nuevamente embarazada. Aparece un trastorno de ansiedad que le lleva a terapia psicológica y farmacológica. En ese período, Raúl asume mayores responsabilidades, pues Mireia entra en dependencia material y funcional. Dependencia de la que aún no se ha recuperado plenamente (más adelante retomaremos ese punto, en el apartado dedicado al trastorno de ansiedad).

Hablamos, así, de dos momentos diferentes: antes y después de la crisis vital. Dos contextos diferentes para una misma creencia, la de que “Ella nunca tiene suficiente”. Esa afirmación no adopta el mismo significado antes que después de la crisis. Antes, la actitud de Mireia en relación al deseo, sexual y de “todo”, no era un problema, ni una amenaza para Raúl, era simplemente una característica del modo de ser y de expresarse de Mireia. Esa característica, sin embargo, pasa a ser una preocupación para Raúl cuando la relación se desequilibra: “*En ningún momento antes era un problema para mí*”, reconoce Raúl, “*ella ya sabía lo que se hacía, si quería o podía hacer eso o aquello, era cosa suya*”.

Cuando Raúl da el salto a nivel laboral, antes de la crisis vital, se pone de autónomo, ella le apoya psicológicamente, pero no materialmente, ya que él no necesita ese apoyo, pues lo da en un momento de fortaleza personal. Él no la necesitó. “*Si yo en aquel momento hubiese pensado que la necesitaba económicamente, creo que no lo hubiera hecho. Le di muchas vueltas, hice las cuentas y comprobé que podía subsistir autónomamente un par de años sin ayuda de nadie*”. Pero cuando Mireia deja el trabajo y se pone a estudiar cursillos, va a Edimburgo a aprender inglés, etc., y se replantea su mundo profesional, lo hace en situación de debilidad. Está en plena crisis personal, luchando contra un trastorno de ansiedad, y sin recursos materiales suficientes para mantenerse autónoma.

El hecho es que después de la crisis vital, la creencia “Ella nunca tiene suficiente” toma fuerza en la mente de Raúl, le mete presión. Siente que los deseos de Mireia ahora le implican, y se responsabiliza de ellos no por voluntad, como decisión propia, sino, como él mismo afirma, se los encuentra como un deber impuesto. En diferentes ámbitos, también en el sexual. Y es precisamente en este momento que empiezan los problemas de erección.

Habíamos afirmado anteriormente que el problema de la disfunción eréctil parecía haberse desarrollado en el plano de los derechos y deberes, de simetría o asimetría de poder en la relación. Ahora vemos que el conflicto tiene otro matiz, relacionado también con la complementariedad, es decir, el aporte –y consumo– de recursos. Simetría y complementariedad, ambos implicados, que son los dos ejes principales del conflicto de pareja de tipo estructural (Villegas y Mallor, 2010). Por el lado de la simetría, Mireia exige el *débitum* a Raúl; por el lado de la

complementariedad, Raúl denuncia un déficit y exige a Mireia más responsabilidad en la aportación y gestión de los recursos.

Un escenario de asimetría deficitaria, plantea el supervisor. Habitualmente, cuando en una relación se da asimetría deficitaria, la balanza suele decantarse en favor de uno de los cónyuges, es decir, el que tiene el poder dispone normalmente también de los recursos. En ese caso, sin embargo, parece que los ejes de simetría y complementariedad se desequilibren de forma cruzada. Uno gana en poder, el otro aventaja en recursos. Un caso donde se pone de relieve la necesidad de trazar esa distinción entre la cuestión del poder y el ámbito de los recursos, dado que no siempre se presentan bajo el mismo patrón, a diferencia de Linares (2006), quien entiende simetría y complementariedad como los extremos de un solo eje, donde un concepto toma el significado opuesto al otro. Un enfoque limitado para el presente caso, pues tenemos delante una pareja que no encajaría en ninguno de los dos patrones.

- **Embarazo y vientre de alquiler.**

Habíamos visto anteriormente cómo Raúl se definía como una persona organizada, exigente, con tendencia a planificar. Planificar el trabajo, y planificar en general, también las relaciones sexuales, así como el momento del embarazo. Una mala decisión, ésta, sigue pensando Mireia: “*Él quiso planificar, esperar dos años, y mira... yo ya lo quería entonces. Si no hubiésemos esperado...*”. Sin embargo, Mireia hizo caso a Raúl, sobre que no estaban preparados, y accedió a esperar. Y cuando Mireia se quedó finalmente embarazada, contrajo cáncer. Desde el punto de vista médico, según cuentan los pacientes, fue un hecho aleatorio, independiente del momento, de la edad, y demás factores personales. A pesar de eso, y siendo conscientes del diagnóstico, han creado un relato donde él asume ser parte causante: “*Siento un poco de culpabilidad con todo esto... sé que fui yo el que propuso esperar... y después, visto lo que pasó, pues me siento un poco responsable...*”.

Ahora la pareja ha encontrado la solución para ser padres, contratando un vientre de alquiler. El supervisor nos propone indagar más en esa toma de decisión. ¿Cómo y cuándo llegaron a esa solución? ¿Sirvió para elaborar el duelo o para posponerlo? ¿A partir de qué sentimientos y valoraciones parte ese proyecto? ¿De qué modo y hasta donde se ha elaborado interiormente?

Desde el punto de vista económico, hay que añadir que les va a suponer un importante esfuerzo. Hablamos de recursos, otra vez, que pondrán de forma necesariamente desigual, dado sus desiguales ingresos. Volvemos así al eje de la complementariedad, a su desequilibrio. Mireia parte ya de una posición deficitaria, y ahora encima en un ámbito donde tradicionalmente es la mujer la que aporta el recurso principal de la reproducción, su cuerpo, su propio vientre.

- **Trastorno de ansiedad y dependencia funcional**

A raíz de la crisis de ciclo vital, de la pareja y personal, Mireia desarrolló un trastorno de ansiedad. En su momento fue a terapia, con resultados positivos. Los síntomas disminuyeron, aunque no del todo.

En la presente terapia, no entramos a fondo en el tema en cuestión hasta la sesión séptima, cuando nos damos cuenta que hemos subestimado su alcance y magnitud. A continuación transcribimos la parte de la sesión donde aflora el trastorno de ansiedad, sus características específicas, y su posible encaje en el marco global.

Empezamos con una de las preguntas estrella de toda terapia de pareja, sugerida, por cierto, en la primera supervisión: ¿Qué os atrajo el uno del otro? Mireia afirma que le atrajo su carácter, su simpatía, espontaneidad... también porque era músico, y sabía bailar salsa “*pero no hemos ido nunca más a bailar salsa... me engañó. No hacemos nada juntos, tendríamos que apuntarnos a bailar salsa!*” afirma contundente.

Raúl dice que en realidad no saben ni cuándo ni cómo se conocieron. Tenían amigos en común y fue muy progresivo. “*Ella era más introvertida que yo, iba a su rollo, y eso me atrajo. Me gustaba su libertad, cogía su coche y se marchaba sola a algún concierto, donde fuera, sin saber el camino. Y eso a mí me molaba, mira la tía, qué valor tiene... improvisaba...*”. Raúl sigue, pero ahora se dirige a Mireia: “*Antes eras muy libre, ahora, en cambio te tengo que acompañar a muchos sitios. Muchas veces me dices que si yo no vengo tu tampoco vas, qué significa que no puedes ir*”, se queja Raúl. Empieza otra discusión. Se cuentan episodios relacionados con el coche, contexto en el que aparece el trastorno de ansiedad. Se habla de miedo, de ansiedad, que condiciona la capacidad de conducir de Mireia. Puede conducir, y lo hace a diario, pero ya no a todos los sitios. El miedo a sufrir otro ataque de pánico le coarta su autonomía.

Le preguntamos si le condiciona la ansiedad: “*Sí, me condiciona bastante. Siempre tengo que ir con las pastillas en el bolso... si voy a cenar con gente y me tengo que meter en un restaurante, pues ya me viene la ansiedad... Lo tengo más controlado que hace tres años, pero yo no soy la misma que antes, la ansiedad me ha cambiado la vida, no puedo hacer las cosas que hacía antes... era más alegre, más independiente...*”.

“*Raúl no ha entendido nunca mi ansiedad*”, añade, y dirigiéndose a él le dice “*Muchas veces no hemos podido ir a algún sitio, y te has enfadado conmigo... y yo sé que cuesta, porque si no se vive la ansiedad no se sabe qué es...*”. Raúl no está de acuerdo, y sigue la discusión: “*Cuando tú has querido solucionarla, ha sido tan solo con tus cosas, no has querido compartirlo conmigo, con mis cosas... has ido a Edimburgo por tu cuenta, y has luchado... pero yo te he pedido ir un viernes a cenar y superar tu ansiedad, y tú me has dicho que no.. eso es lo que no entiendo... pero por supuesto que entiendo tu ansiedad, y la sufro...*”. Raúl sigue, ahora

dirigiéndose al terapeuta: “*¡Hemos estado dos o tres años sin pisar un restaurante juntos! Siento que no quiere superar la ansiedad conmigo, que no me tiene en cuenta, como si me dejase de lado...*”. Mireia le responde que a ella le es más fácil estando sola, que no quiere hacerle pasar un mal rato: “*Yo a veces voy a un restaurante y tengo que marchar sin comer, si estoy sola o con una amiga—que no sepa nada de eso— pues me invento una historia y no pasa nada. Mi amiga me es igual, pero con Raúl no quiero hacerle esto, no quiero implicarlo*”. Mireia dice sentir vergüenza que le vea “*haciendo el numerito*”, e impotencia por no poder controlar la situación. Tampoco desea que después se lo “*eche en cara*”.

En casa, la situación es parecida. Si está ansiosa, a veces no puede cenar, y se va sola a la cocina, donde se relaja y come. “*Y no es que en la cocina se coma mejor*”, precisa Raúl, “*sino que lo hace por mí, si no estoy yo se relaja*”. Raúl se incomoda cuando lo explica.

Se trata de una fobia relacionada con la ingesta de comida, miedo a atragantarse “*Cuando estoy ansiosa se me cierra la garganta*”, dice Mireia. “*Pero eso me pasa con cualquier persona, es también con mis padres, con una amiga...*”. ¿Y Raúl puede hacer algo cuando esto pasa, cuando te vas a la cocina? ¿O no puede hacer nada? le preguntamos a Mireia. Le cuesta encontrar la respuesta “*Pues no sé..., que me dijera que me vaya a la cocina y así me lo podré comer mejor...*”. O sea, que tu pudieras ver que acepta el hecho que tengas que ir a la cocina para estar más tranquila. “*Sí, que no se lo tome como algo personal, es que él en el fondo no lo entiende*”.

Mireia nos detalla más en qué consiste la fobia: desde pequeña ha tenido tics, que fluctúan en intensidad y variedad en función de si está más o menos ansiosa. Uno de esos tics se manifiesta en la garganta. El miedo aparece cuando está deglutendo la comida, y piensa que le puede venir el tic en cuestión, y se atragante. Ya le ha pasado alguna vez, y “*es horroroso, me ahogo*”. En la terapia que hizo hará tres años, “*fue dura*”. Se trabajó el afrontamiento de situaciones que producían ansiedad, con técnicas de tipo cognitivo-conductual. Lo hizo sola, y también con las amigas, cosa que Raúl no entiende. Con las amigas le es más fácil “*Como no saben el problema que tengo, no están pendientes...*”. La terapia la ayudó a un mayor control de la ansiedad, a recuperar espacios de libertad, más autonomía personal, aunque de un modo incompleto. Sigue coartada interiormente, sujeta aún a las arbitrariedades de la ansiedad. Y una de sus consecuencias es la dependencia para con Raúl.

Cuando anteriormente les preguntamos lo que les atrajo al inicio de la relación, Raúl resalta la imagen de una Mireia independiente, valerosa, que “*va a su bola*”. Imagen que se contrapone a la actual. Les hacemos esta devolución, y Mireia reacciona: “*Si yo no tuviese ansiedad, todo esto que le pasa a él, que si la dependencia, que si no sé qué... ¡no existiría! pero es que yo con la ansiedad lo he probado todo, incluso la hipnosis...*”. Raúl le contesta: “*¿Pero tú has probado que*

yo te ayude?”. Mireia se dirige entonces al terapeuta: “*Es que yo no lo entiendo... me quiere ver independiente, y después me quiere ayudar... que se aclare, ¿no?... Además, ¿pero qué me vas a ayudar? ¿Cómo puedes ayudar a una persona con un problema que no sabes qué es? No sabe ni tan siquiera los síntomas, la taquicardia, la hiperventilación, o dar conversación para desviar el foco.... Nunca te has interesado en coger un libro e informarte bien*”. Raúl manifiesta voluntad de empezar a leer sobre el tema. Se les recomienda un libro de divulgación: “Convivir con el pánico y mejorar la autoestima”, de Bev Aisbett (2004).

La séptima sesión va terminando, y no comprendemos aún la complejidad de la cuestión. Hará falta dedicarle más tiempo y atención. Antes de acabar, sin embargo, Mireia lanza una información muy relevante: “*Además, éste por la noche hace cosas raras, y una vez casi se ahoga...*” Apnea del sueño, precisa. “*Y claro, a mí se me ha ido acumulando el miedo este. Y no quiere ir al médico*”. Mireia entonces revela su hipótesis de la génesis de la ansiedad: “*A mí me cogió la ansiedad después de que tú te atragantaras*” dirigiéndose a Raúl. Él lo niega, “*fue un hecho puntual, le das demasiada importancia*”.

Fuera de tiempo, y sin posibilidades ya de ahondar más, debemos finalizar la sesión, la última antes de cerrar también este artículo. Delante se nos presenta un camino fértil donde proseguir. Hemos visto que el trastorno de ansiedad se inicia en el contexto de la crisis vital, del cáncer, de la pérdida del embarazo. Ahora, sin embargo, aparece este otro episodio, parece que estrechamente relacionado, que implica a Raúl. Próximo sendero a explorar, pues, en las siguientes sesiones de terapia.

Síntesis

En el presente artículo hemos expuesto un caso de terapia sexual que se desarrolla en un contexto de pareja. En un inicio, la pareja en cuestión acude a consulta por una demanda de tipo sexual, concretamente una disfunción eréctil de poco más de un año de duración. A lo largo de las sesiones el síntoma mejora de forma significativa, hasta su remisión prácticamente completa. Sin embargo, de forma paralela, aflora un conflicto de pareja de mayor complejidad.

Destaca un momento clave en la relación, hace cuatro años. Mireia pierde su primer embarazo a causa de un cáncer, que hace peligrar su propia vida y le provoca la pérdida irreversible de la capacidad para concebir. A causa de ese hecho traumático, Mireia desarrolla un trastorno de ansiedad con claustrofobia, aún hoy no resuelto.

Una crisis del ciclo vital de la pareja que desata otra crisis de tipo estructural, con desajustes en los ámbitos de la simetría y la complementariedad. Por un lado, se desequilibra el acuerdo en el reparto de derechos y deberes, aflorando un débito conyugal que sitúa Mireia en una posición *up*. En ese contexto aparece el síntoma de la disfunción eréctil, fruto de la presión que percibe Raúl en la realización de su

deber. Por otro lado, por el lado de la aportación de los recursos, Mireia se sitúa en déficit, fruto de una dependencia funcional relacionada con el trastorno de ansiedad. Desajustes en los dos ejes, pues, aunque de forma cruzada.

En el momento de escribir el presente artículo, la terapia continúa. El síntoma sexual, el que originó la demanda de terapia, ha entrado en vías de solución. En ese sentido, se logra el objetivo inicial acordado con los pacientes. A pesar de eso, se ha tomado consciencia de la aparición de un conflicto más amplio, que afecta la globalidad de la relación. Si se quiere proseguir adelante, continuar con el proceso terapéutico, deberá darse un replanteamiento en la próxima sesión. Se pondrá sobre la mesa el nuevo escenario, mucho más amplio, y se deberán consensuar nuevos objetivos terapéuticos.

En el presente artículo, se expone un caso de terapia sexual que se desarrolla en un contexto de pareja. En un inicio, la pareja acude con una demanda de disfunción eréctil de poco más de un año de duración. A lo largo de las sesiones el síntoma mejora de forma significativa, a medida que va aflorando una crisis de pareja de tipo estructural, basada en un desequilibrio cruzado entre simetría y complementariedad.

Palabras clave: psicoterapia, terapia de pareja, sexología, desarrollo moral disfunción eréctil, impotencia.

Referencias Bibliográficas

- Aisbett, B. (2004). *Convivir con el pánico y mejorar la autoestima. Manual de supervivencia a los ataques de pánico*. Barcelona: Ediciones Obelisco.
- Anton, L., Piqué, C., Prades, V., Rallo, M. C., Vidal, A. (2011). *Recursos audiovisuales en terapia sexual y de pareja*. Revista de Psicoterapia nº86/87, págs 69-98.
- Cabello, F. (2010). *Manual de terapia sexual y de pareja*. Madrid: Síntesis
- De Béjar, S. (2011). *Tu sexo es tuyo. Todo lo que has de saber para disfrutar de tu sexualidad*. Barcelona: Planeta
- Kaplan, H. S. (2010). *Manual ilustrado de terapia sexual. La solución a los trastornos sexuales más comunes*. Barcelona: De bolsillo
- Linares, J.L. (2006). *Las formas del abuso*. Barcelona: Paidós
- Masters, W. H. y Johnson, V.E. (1970). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica
- Villegas, M., Mallor, P. (2010). *Consideraciones sobre la terapia de pareja: a propósito de un caso*. Revista de psicoterapia nº 81, págs. 37- 106.
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona: Herder
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona: Herder