

XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019.

Intervenciones sistémicas en el tratamiento de disfunciones sexuales.

Caliri Picón, María Cecilia y Traverso, Gregorio.

Cita:

Caliri Picón, María Cecilia y Traverso, Gregorio (2019). *Intervenciones sistémicas en el tratamiento de disfunciones sexuales. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-111/621>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecod/ntv>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

INTERVENCIONES SISTÉMICAS EN EL TRATAMIENTO DE DISFUNCIONES SEXUALES

Caliri Picón, María Cecilia; Traverso, Gregorio
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Argentina

RESUMEN

El presente artículo tiene como propósito exponer posibles intervenciones psicoterapéuticas en consultas por disfunciones sexuales desde cuatro distintos modelos con orientación sistémica: el modelo de Gottman y Silver, la Terapia Breve Estratégica del Mental Research Institute (MRI), la Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TBCS) y la Terapia Narrativa.

Palabras clave

Psicología Clínica - Orientación sistémica - Disfunciones sexuales - Intervenciones sistémicas

ABSTRACT

SYSTEMIC INTERVENTIONS IN SEXUAL DYSFUNCTION TREATMENTS

This article's purpose is to expose possible psychotherapeutic interventions in consultations for sexual dysfunctions from four different models with systemic orientation: Gottman and Silver's model, Mental Research Institute's Brief Strategic Therapy, Solution Focused Brief Therapy (SFBT) and Narrative Therapy.

Key words

Clinical Psychology - Systemic orientation - Sexual dysfunctions - Systemic interventions

Introducción

La clínica psicológica con orientación sistémica abarca varias especialidades, entre ellas la de la clínica de las disfunciones sexuales. Según explica Wainstein (2006), el pensamiento sistémico contempla el todo y las partes y, fundamentalmente, se interesa por las conexiones entre las partes. En otras palabras, considera la totalidad como cualitativamente diferente a la suma de las partes, concibe un modelo de causalidad circular y tiene en cuenta la complejidad interesándose por las relaciones o nexos. Como los sistemas en ocasiones tienen dificultades para generar dentro de sí las condiciones para un cambio en sus reglas de funcionamiento - por la tendencia a la invariabilidad de su estructura y a la homeostasis -, el cambio de premisas del sistema en su totalidad sólo puede ser introducido desde el exterior, por ejemplo, ampliando el sistema al incorporar la figura de un consultor.

En otro orden lógico de organización y en coincidencia con Wainstein (2006), se entiende por intervenciones aquellas acciones

que surgen de una estrategia deliberada mediante la cual se seleccionan ciertos datos y se busca influir en cierta dirección. Según este autor, éstas deben ser consistentes con los supuestos del modelo seleccionado. Se trata de prácticas comunicacionales mediante las cuales un consultor orienta modos de facilitar cambios (conductuales, organizacionales, interaccionales o de ordenamiento de sus relatos) en personas que adoptan el carácter de consultantes.

Cuando se habla de disfunciones sexuales es necesario recurrir a una clasificación unificada y legitimada de estas problemáticas como foco de actividad terapéutica, de investigación y exposición. Para ello se utiliza la propuesta por la American Psychiatric Association, a la que hace referencia el Diagnostic and Statistic Manual, en su quinta edición (APA, 2013). Según el DSM-5, las disfunciones sexuales (DS) son un grupo de trastornos heterogéneos, típicamente caracterizados por una alteración clínicamente significativa de la capacidad de la persona para responder sexualmente o para experimentar placer sexual. A partir de este manual, se clasifican como disfunciones sexuales: 1) la eyaculación retardada, 2) el trastorno eréctil, 4) el trastorno orgásmico femenino, 5) el trastorno del interés/excitación sexual femenino, 6) el trastorno de dolor génito-pélvico/penetración, 7) el trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón, 8) la eyaculación prematura (precoz), 9) la disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos, 10) otra disfunción sexual especificada y, 11) la disfunción sexual no especificada (APA, 2013).

Sin embargo, tal como lo aclaran Nardone y Rampin (2007), el enfoque constructivista-estratégico del sufrimiento mental rechaza las operaciones de clasificación de las llamadas "enfermedades" o "trastornos" psíquicos y prefiere considerar, en cada caso, las situaciones presentadas por la persona como "problemas". Se adopta el criterio pragmático de que si el comportamiento sexual (o un comportamiento asociado al sexo) produce sufrimiento en la persona, éste constituye un problema y puede ser tratado por un psicoterapeuta. En esta línea es que se piensa la redacción de este artículo.

Desarrollo

A continuación se enumeran, describen y explican los modelos de intervención sistémicos anticipados en el resumen.

John M. Gottman y Nan Silver

La propuesta de Gottman y Silver no está específicamente dise-

ñada para intervenciones en el tratamiento de DS sino que es más bien un modelo para el abordaje de terapias de pareja que incluye, entre sus intervenciones, algunas orientadas a la resolución de dificultades de índole sexual. Se basa en la premisa de que si las personas trabajan cooperativamente en la construcción de una relación fuerte y estable, podrán enfrentarse a las más diversas adversidades (tanto sexuales como de otra índole) y abordar sus conflictos de la mejor manera posible tanto para resolverlos como para aprender a convivir con ellos cuando no sean solubles.

A partir de una investigación sobre lo que hacen las parejas que se consideran a sí mismas felices y cuyos vínculos duran en el tiempo, los autores proponen siete principios sobre los cuales trabajar para mejorar y fortalecer las relaciones. 1) mejorar los “mapas del amor”, es decir, conocer mejor a la pareja, interesarse por su persona más allá del rol de que ocupa en la pareja; 2) cultivar el cariño y la admiración; 3) acercarse al otro; 4) dejar que la pareja influya sobre uno/a; 5) resolver los problemas solubles; 6) salir del estancamiento; y 7) crear un sentido compartido de trascendencia.

Gottman y Silver proponen a las parejas identificar sus problemas y distinguir si se trata de problemas solubles o insolubles. A partir de allí, se sugieren diferentes acciones para encarar estos problemas según cómo se los catalogue. En caso de problemas identificados como solubles se propone a los consultantes: suavizar el planteamiento en las conversaciones, ofrecer y recibir intentos de desagravio, tranquilizarse uno mismo y a la pareja, buscar llegar a un compromiso y ser tolerantes con los fallos de cada uno.

Con respecto al trabajo sobre las dificultades específicamente sexuales, los autores postulan que la clave para hablar de sexo es ser amable. Se sugiere ante todo aprender sobre los gustos del otro, dedicar un tiempo a recordar y memorizarlos, y utilizar estos conocimientos a la hora de tocar y besar a la pareja, asegurarse de que esos conocimientos resulten accesibles cuando uno está excitado/a sexualmente y aplicarlos siendo conscientes de la reacción de la pareja, tratar de sintonizar con el lenguaje no verbal de la pareja e intentar desarrollar la idea de que las palabras son también aceptables como modo de comunicación, incluso mientras se mantienen relaciones sexuales. En caso de no compartir fantasías, gustos o preferencias, se recomienda no necesariamente ceder pero sí evitar despreciarlos. La pareja ha de sentir que puede confiar y compartir sus deseos sin ser juzgada.

A partir de la investigación de estos autores, se sabe que una característica común de las parejas que tienen una vida sexual satisfactoria es que consideran el sexo como una expresión de intimidad, pero no se toman de forma personal las diferencias en sus necesidades o deseos (Gottman & Silver, 1999).

Ya que se ha identificado también que uno de los problemas más comunes es la falta de conocimientos básicos sobre sexo, algunas de las intervenciones básicas desde este modelo son la

biblioterapia, la psicoeducación y el trabajo sobre comunicación y expectativas.

Por último, otra de las sugerencias para abordar problemas sexuales de la pareja cuando se identifican como solubles son los rituales en torno al sexo. Ya que se ha identificado que muchas parejas suelen pensar que el sexo debería ser espontáneo y por ello no quieren planearlo, se sugiere a los consultantes idear y concretar citas románticas como muy probablemente hicieran durante el período del noviazgo. Los autores afirman que puede ser muy efectivo un ritual que haga sentir a la pareja emocionalmente segura cuando se habla de lo que está bien y de lo que necesita mejorar en su vida sexual.

Terapia Breve Estratégica del Mental Research Institute (MRI) - Grupo de Palo Alto

Desde la perspectiva del MRI, los problemas por los que consulta la gente son simplemente una exacerbación de las dificultades corrientes de la vida cotidiana. Así, las dificultades sexuales se pueden considerar derivadas de problemas corrientes en las relaciones. Incluso en los casos en los que con toda seguridad intervienen cuestiones médicas, lo que piensan y hacen las personas en relación al problema a menudo las lleva a agravarlo. La gente tiende a intentar persistentemente soluciones que en el pasado y en circunstancias diferentes resultaron exitosas pero que ya no lo son más y esos intentos fallidos de solución generan frustración, pérdida de la confianza en uno mismo y alarma. Es por ello que los terapeutas del MRI empiezan por rastrear las pautas de interacción de los consultantes y sus intentos de solucionar el problema identificado. (Bobebe, en Green & Flemons, 2009). Tiene sentido pensar que, si se interrumpen los intentos fallidos de solución del problema, éste se disipará por sí solo.

El modelo de intervención del MRI es de orientación no normativa y no patologizante. Se parte de la presunción de que el consultante (que puede tratarse tanto de individuos como de parejas o de cualquier otro sistema consultante), cuando llega en busca de ayuda, ya está haciendo lo mejor que puede teniendo en cuenta su situación y sus relaciones. Lo primero que se hace es construir una clara definición del problema. El encuadre incluye aceptar que hay una responsabilidad por los progresos terapéuticos que es compartida (consultante-terapeuta). La posición que el terapeuta adopta es la de “inferior” (es decir, que el consultante siempre sabe más sobre lo que le pasa que lo que pueda saber el consultor). Esto ayuda a aumentar la comodidad del consultante y facilitar su expresión. Tal como mencionamos anteriormente, uno de los primeros objetivos en tratamientos dentro de este enfoque es el de interrumpir o modificar los patrones comportamentales, cognitivos y de interacción que han funcionado hasta el momento de la consulta como intentos fallidos de solución.

También se trabaja rebajando expectativas (se recomienda “ir despacio”) y siempre se utiliza el lenguaje y la posición del consultante para articular la tarea que se le asigna. Muchas veces

se pide un cambio comportamental incluido dentro de la sugerencia de no cambiar (mandatos intencionalmente contradictorios) connotando que se produciría un mejoría como resultado de ese cambio comportamental. Dentro de este enfoque, también se trabaja reencuadrando el problema como una ventaja que permitirá al consultante proceder con mayor cautela.

El reencuadramiento o reestructuración es una intervención fundamental en este enfoque. Consiste en considerar la situación problemática desde nuevos puntos de vista. Se logra desplazando el énfasis de la pertenencia de un objeto a una clase, a la pertenencia igualmente válida a otra. Lo que hace que la reestructuración sea un instrumento eficaz de cambio es el hecho de que, una vez percibida la pertenencia alternativa de un miembro a otra clase, ya no se puede volver fácilmente a la sensación de callejón sin salida de la visión de partida. La reestructuración, en palabras de Wittgenstein, no “*llama la atención* hacia nada nuevo, no da lugar a la introspección comprensiva, sino que *enseña un juego diferente*, haciendo así *obsoleto* el anterior” (Wittgenstein, en Fisch, R., Weakland, J.H. & Watzlawick, P., 1974).

Una de las diferencias de la propuesta del MRI respecto de otros modelos sistémicos es que cuando el consultante refiere alguna mejoría, el terapeuta no la valora, elogia ni alienta. Se sorprende y se pregunta si no será perjudicial avanzar tan rápidamente. También se genera expectativa de posibles recaídas. Es decir que, como ya se ha mencionado anteriormente, se fomenta el cambio a través de su restricción. De hecho, una de las características distintivas de este modelo es el uso de intervenciones paradójicas, como por ejemplo la prescripción del síntoma. Para este enfoque la paradoja desempeña un papel importante tanto en la formación de un problema como en la en la solución del mismo.

Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TBCS)

La TBCS se desarrolló desde los años setenta en la ciudad de Milwaukee. Es un modelo emparentado con las ideas del MRI ya que sus propulsores, entre ellos, De Shazer y Berg, se nutrían de ellas; aunque en su forma de trabajar presenta algunas diferencias.

La TBCS, al igual que el MRI, trabaja con un enfoque constructivista y construccionista, en el que se entiende que la realidad social se configura desde los condicionantes biológicos, históricos y culturales de los individuos, y a su vez se negocia y renegocia constantemente en la interacción humana. Otro punto de coincidencia es la concepción acerca de cómo se forman y mantienen los problemas humanos (estos se originan porque en algún momento alguien empieza a considerar como problemática cierta dificultad y trata de resolverla). Es así que, aunque la forma de entender el cambio es diferente en los dos enfoques, diversos terapeutas consideran que estos pueden resultar complementarios (Beyebach, 2013). Por ejemplo, para terapia sexual breve, Scott Fraser y Soloverly (en Green & Flemons, 2009) afirman trabajar con una combinación de recursos del modelo estratégico del MRI y de TBCS que ellos llaman “terapia catalíti-

ca” (pp 283-314). Estos autores describen y ejemplifican su trabajo en detalle y declaran que algunas de las intervenciones por ellos más usadas en pos de crear las condiciones para producir cambios son: 1) refrenar el cambio, 2) normalizar, 3) encuadrar, reencuadrar, desencuadrar, 4) adoptar un posicionamiento de prudente optimismo, una posición inferior, algo distinto de las posiciones que adoptan otras personas que ayudan a los consultantes, 5) prescribir los síntomas, 6) predecir dificultades y recaídas, 7) encontrar y amplificar las excepciones, diferencias y soluciones positivas y 8) adoptar una postura hacia el futuro orientada a una meta.

En la TBCS, tal como su nombre lo indica, el foco de las intervenciones está puesto no tanto en los problemas sino principalmente en las soluciones, manteniendo en todo momento la fidelidad al principio minimalista de la navaja de Ockham. Es decir, que se intenta no multiplicar innecesariamente los entes explicativos. Para la TBCS, los problemas y las soluciones no están necesariamente conectados, sino que son relativamente independientes. Tres reglas básicas que orientan en este tipo de práctica son: si no está estropeado, no lo arregles; si está funcionando, continúa así; si no funciona, haz algo diferente (De Shazer, 1985, 1988, en Green & Flemons, 2009).

Ya que, según concibe este modelo, las personas perciben mayormente su problema y su incapacidad de resolverlo, pasando por alto aquellas ocasiones en las que el problema no se da o se da con menor intensidad o duración, el objetivo de la terapia es ayudar al consultante a percibir las excepciones como una diferencia que marca una diferencia y aumentarlas hasta que el problema deje de ser tal. Las intervenciones ya no forman parte de un proceso de “resolución de problemas” sino de una “construcción de soluciones” para la que, en rigor, ni siquiera es necesario tener demasiada información sobre los problemas (Beyebach, 2013).

El proceso terapéutico en la TBCS suele comenzar con la construcción de objetivos terapéuticos. Para ello, se utilizan diferentes técnicas de proyección al futuro como, por ejemplo, la “pregunta del milagro”. Generalmente no se propone al consultante lo que debe hacer, sino que se lo ayuda a localizar las ocasiones en las que ya lo está haciendo bien y a descubrir cómo lo consigue, cuáles son sus recursos pre existentes. Algo que suele hacerse en primera entrevista es preguntar por los cambios pretratamiento, dando por sentado que los hubo. Si el contexto lo permite, los terapeutas hacen una pausa al final de cada sesión para consultar con su equipo o, si no tienen equipo, simplemente reflexionar sobre la entrevista antes de dar un mensaje al consultante. Esta devolución suele incluir elogios y tareas para realizar hasta la siguiente consulta. Las sesiones posteriores se comienza preguntando qué va mejor y buscando modos de aumentar y consolidar estas mejorías.

Según Beyebach (2013), tres son las principales estrategias de la TBCS. A saber: 1) *Elicitar* la descripción de soluciones. 2) *Ampliar*, es decir, pedir detalles y ayudar a los consultantes a que generen descripciones en términos de conductas interactivas,

pequeñas, concretas y en positivo. 3) *Anclar* las soluciones o *atribuir control*, es decir, ayudar mediante preguntas a que los consultantes identifiquen de qué forma han conseguido producir las mejorías o de qué manera pueden llegar a alcanzar sus objetivos. En TBCS no es suficiente con que la situación mejore; hace falta que además todos los involucrados sepan de qué forma han conseguido generar esos cambios; de esta manera podrán hacer más lo que funciona y estarán preparados para enfrentar posibles recaídas.

La TBCS, al igual que la terapia estratégica del MRI, se ajusta tanto al ritmo como al lenguaje de los consultantes y hace propios sus objetivos. Sus técnicas se emplean en función de cada entrevista y de cada caso. Algunas de ellas son: proyección al futuro, identificación de cambios pre-tratamiento, identificación de excepciones, preguntas de escala, preguntas de afrontamiento, secuencia pesimista, prevención de recaídas, elogios y tareas. En este último tipo de intervención se sugiere algo para pensar o hacer en el espacio entre sesiones. Las tareas se derivan de lo hablado en la entrevista y se procura que sean lo más simples que resulte posible. Para asegurarse de que los consultantes lleven a cabo las propuestas, los terapeutas centrados en soluciones sólo proponen tareas a aquellos consultantes que se muestren dispuestos a hacerlas. Algunas tareas típicas en TBCS son: simular que ha ocurrido el “milagro”, registrar avances, pedir que se fijen en qué hacen diferente en las ocasiones en que se produce una excepción; o encargarles que piensen qué cosas de su actual situación querrían que no cambiaran. En el curso de tratamientos de disfunciones sexuales, hay tareas conductuales específicas (técnicas clásicas tomadas de las terapias sexuales de Masters y Johnson y de Kaplan) y éstas son una pieza clave. Es por ello que hay que tener en cuenta que proponer o no ciertas tareas dependerá de lo que permita en cada momento el estado de la alianza terapéutica, considerando que las propias tareas pueden contribuir a reforzarla o debilitarla. También debe valorarse cómo encajan las posibles tareas que puedan proponerse con el estilo de cooperación de los interlocutores (De Shazer, 1985, 1988, en Beyebach, 2010), y concretamente con el estadio de cambio en el que se encuentren en ese momento (Prochaska y DiClemente, 1982 en Beyebach, 2010, Miller, Donahey & Hubble, en Green y Flemons, 2009). Es importante también mencionar que los terapeutas de la TBCS reconocen que es necesario considerar las respuestas de los consultantes en la terapia dentro del contexto de su relación con el terapeuta. Se puede entender la “resistencia” como un tipo de cooperación, porque aporta al terapeuta información de que va por el camino equivocado, de que no entiende la situación del consultante, o de que está intentando forzar un tipo de solución inadecuado (De Shazer, 1982, en Green & Flemons, 2009).

Terapia narrativa

La terapia narrativa, tal como su nombre indica, se lleva a cabo mediante la utilización de una metáfora literaria. Se deriva de los

conceptos del construccionismo social como posición epistemológica, con su fuerte énfasis en el lenguaje y la problemática de la generación de significado. Como lo explica Wainstein (2006), el construccionismo parte de la premisa de que toda realidad o toda definición o descripción de la realidad es básicamente una construcción social. La realidad es resultado de una producción de acuerdos de significados y esto ocurre dentro del contexto de una interacción lingüística. Es decir, el significado se construye dialógicamente en el intercambio y se instala en el mundo intersubjetivo. El supuesto básico es que el mundo en el que vivimos es definido a través de las descripciones que hacemos de nuestra experiencia. Las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y, al hacerlo, contribuyen - muchas veces, inadvertidamente - al mantenimiento del problema. Visto desde esta perspectiva, la consulta es un proceso en el que se cuentan y recuentan historias.

En los tratamientos con enfoque narrativo, es mediante un cuidadoso diálogo terapéutico que el consultante puede ir progresivamente generando discursos alternativos a los instituidos que habiliten novedosos cursos de acción. Para ello se utiliza la externalización de los problemas y preguntas de influencia así como también se rastrean situaciones excepcionales y se deconstruye. Se busca poder distinguir entre las narrativas establecidas social y culturalmente, y aquellas otras que se construyen a partir de la autoría del consultante y de la información que aporta acerca de sus preferencias.

Otra de las herramientas fundamentales del trabajo en terapia narrativa es la identificación de lo que White, tomando un término de Erving Goffman, llamó “desenlaces inesperados”. Éstos son recuerdos significativos que contradicen la historia dominante saturada del problema y sirven como punto de partida para la deconstrucción de la historia inicial y la construcción de una narrativa alternativa. Robert Doan (en Green y Flemons, 2009, pp 233-257) habla de “resultados únicos”. En ambos casos, se trata de buscar excepciones.

En el tratamiento de problemáticas sexuales las herramientas que este modelo propone resultan de gran utilidad ya que muchas veces las narrativas acerca de la sexualidad humana, que se nutren de la cultura hegemónica, la religión, los estereotipos de género, la familia y demás grupos de pertenencia, dictan los comportamientos, las actitudes y los sentimientos de las personas y las limitan generando sufrimiento. Invitar a los consultantes a comparar la historia establecida con la historia que prefieren resulta liberador y curativo, porque los ayuda a distanciarse de los aspectos opresivos de esas narrativas saturadas de problemas.

Robert Doan (en Green y Flemons, 2009) afirma trabajar de este modo: 1) indaga sobre actitudes y creencias sexuales, 2) consulta sobre preferencias, 3) identifica junto al sistema consultante cualquier cosa que pueda estar funcionando como “restricción” para pensar, sentir y comportarse de la manera que prefieren. Este autor agrega que, desde un punto de vista narrativo, es

muy importante ayudar a los consultantes a liberarse de aquello que les limita ya que, a menudo, cuando se facilita el espacio y la autorización para explorar las restricciones, el cambio se produce de manera bastante natural.

Este terapeuta relata también que la técnica de la externalización resulta de gran utilidad en terapia sexual cuando el sistema consultante es una pareja ya que a menudo, para cuando una pareja decide acudir a un terapeuta, sus miembros ya llegan culpándose el uno al otro de las dificultades. La externalización los ayuda a adoptar una postura compartida contra el problema, en lugar de posicionarse el uno contra el otro. También es útil para despatologizar como en el caso de consultas por deseo sexual cuando uno de los integrantes de la pareja es identificado (por el sistema consultante) como el que tiene un problema (ya sea por exceso o por defecto de deseo respecto de su pareja). En esos casos, por ejemplo, se puede intentar enfocar el problema como una “desafortunada falta de coincidencia en el deseo sexual” (en Green y Flemons, 2009).

Otro artificio técnico de la terapia narrativa es el uso de documentos terapéuticos. En *200 tareas en terapia breve*, Beyebach y Herrero de Vega (2010) sugieren algunas tareas narrativas para problemáticas de deseo sexual y/o para parejas con una sexualidad limitada y con pocas variantes.

Finalmente, dentro de las múltiples deconstrucciones que propone el enfoque narrativo se encuentra también la deconstrucción del saber de los “expertos”. Es por ello que, respecto de la posición del consultor, la terapia narrativa trabaja descentrando al terapeuta y asegurándose de que es el consultante quien está al centro de la terapia. Tal como expresa Wainstein (2006), la deconstrucción del saber de los “expertos” es una tarea difícil y un poco paradójica. De todos modos, lo que se propone es eliminar la idea de que los profesionales tienen acceso privilegiado a la verdad, pidiendo a los consultantes que los ayuden a comprender las situaciones.

Conclusión

Si bien en este artículo se ha focalizado en las intervenciones del modelo de Gottman y Silver, de la Terapia Breve Estratégica del Mental Research Institute (MRI), de la Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TBCS) y de Terapia Narrativa, es importante destacar que técnicas de los modelos de intervención clásicos para el tratamiento de disfunciones sexuales como los de Masters y Johnson y de Helen Kaplan siguen aún vigentes y son parte de los tratamientos de este tipo de problemáticas. Por otra parte, los cuatro modelos de intervención clínica de orientación sistémica aquí expuestos ofrecen un variado abanico de intervenciones que exceden las clásicas técnicas de terapia sexual y que pueden ser de utilidad en un abordaje más integral de las problemáticas sexuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Beyebach, M. (2013). *La terapia familiar breve centrada en soluciones*. Manuscrito no publicado. El texto aparecerá en (Alicia Moreno, ed.), “Modelos de Terapia Familiar”. Universidad Pontificia de Comillas.
- Beyebach, M. & Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Fisch, R., Weakland, J.H. & Watzlawick, P. (1974). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Fisch, R., Weakland, J.H. & Segal, L. (1984). *La táctica del cambio* (1a ed.). Barcelona: Herder.
- Gottman, J. & Silver, N. (1999). *Siete reglas de oro para vivir en pareja: Un estudio exhaustivo sobre las relaciones y la convivencia*. Barcelona: Debolsillo. Green, S. & Flemons, D. (comp.) (2009). *Manual de terapia breve sexual*. Barcelona: Paidós.
- Kaplan, H.S. (1984). *La nueva terapia sexual, 1*. Madrid: Alianza Editorial. Kaplan, H. S. (1984). *La nueva terapia sexual, 2*. Madrid: Alianza Editorial. *Psicothema*, 13 (3), 428-441.
- Masters, W. & Johnson, V. (1978). *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Editorial Inter-médica.
- Masters, W., Johnson, V. & Kolodny, R. (1996). *La sexualidad humana 3*. Barcelona: Grijalbo.
- Nardone, G. (2013). *Psicotrappole. Ovvero le sofferenze che ci costruiamo da soli: imparare a riconoscerle e a combaterle*. Milano: Ponte alle Grazie.
- Nardone, G. & Rampin, M. (2007). *La mente contra la naturaleza. Terapia breve estratégica para los problemas sexuales*. Barcelona: Integral.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder. Payne, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2006). *Comunicación. Un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P. & Nardone, G. (Comp.) (1997). *Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Buenos Aires: Paidós.